Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2015



Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2015

Utrecht, 2015

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding
Frank van Hoof

Projectuitvoering / auteurs
Frank van Hoof
Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Sonja van Rooijen
Caroline Place
Harry Michon
Willemijn Oele
Hans Kroon

Met medewerking van
Michel Planije
Jasper Nuijen
Harry van Haastrecht

Project-assistentie
Freeke Perdok
Diana de Ruijter-Korver

Productie
Joris Staal
Martin Fraterman

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1422.**

Inhoudsopgave

1 Inleiding

1.1 Transities in de GGZ

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ.

Nederland beschikt van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit af te bouwen en tot 2020 terug te brengen tot twee derde van de capaciteit in 2008 en om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren.

Daarnaast heeft in 2015 een stelselwijziging plaatsgevonden in de langdurige GGZ. Een deel van de voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde GGZ voorzieningen is overgeheveld naar gemeenten (Wmo), met name het beschermd wonen en de ambulante begeleiding (zonder 'behandelcomponent'). Gemeenten hebben daarbij ook een expliciete taak gekregen in het ondersteunen van mensen met psychische aandoeningen bij hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. De financiering van opnamen van langer dan drie jaar is vanaf 2015 ondergebracht in de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Ambulante zorg met 'behandelcomponent' blijft onderdeel van de Zvw. De Zvw-financiering van de intramurale zorg is opgerekt van opnamen tot één jaar naar opnamen tot drie jaar.

Gemene deler van bovenstaande transities is het streven om te komen tot betere en effectievere zorg en ondersteuning van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen en om betrokkenen meer en beter te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en bij het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven.

1.2 Opzet van de monitor

Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de (al eerder ingezette) ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Doelstelling van de monitor is om zicht te bieden op de ontwikkelingen die zich vanaf 2015 en de daaropvolgende jaren - vooralsnog tot en met 2018 - als gevolg van het ambulantiseringsbeleid en de hervorming van de langdurige GGZ voordoen in:

- De capaciteit, de organisatie en het gebruik van intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen.
- De ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, kwaliteit van leven, participatie en zelfredzaamheid van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen.
- De totstandkoming van een samenhangend en geïntegreerd beleid rond de zorg en ondersteuning van de doelgroep op regionaal niveau.
- Bevorderende en belemmerende factoren voor de voortgang en de effectiviteit van de transities.

Voor de dataverzameling in het kader van de landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ (LMA) wordt gebruik gemaakt van een aantal eerder gestarte activiteiten van het Trimbos-instituut, aangevuld met een aantal nieuwe deelonderzoeken.

Voor het volgen van de capaciteit en het gebruik van GGZ-voorzieningen wordt gebruik gemaakt van de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen zoals die in 2012 is gestart in het kader van de landelijke monitor intramurale GGZ. De jaarlijkse dataverzameling bij de instellingen wordt voor de LMA vanaf 2015 uitgebreid met een uitvraag over de ambulante voorzieningen.

De kwaliteit van leven, participatie en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt in beeld gebracht door middel van een periodieke peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien. Het panel is in 2010 in het leven geroepen en telt circa 2000 mensen met langdurige psychische aandoeningen. Ten behoeve van de LMA worden panelleden vanaf 2015 jaarlijks bevraagd over de eigen leef- en zorgsituatie maar ook over hun visie op en ervaringen met de ontwikkelingen in de zorg.

In aanvulling op bovenstaande activiteiten zijn voor dit eerste jaar van de LMA de volgende aanvullende deelonderzoeken uitgevoerd:

- Een enquêteonderzoek onder centrumgemeenten over de lokale beleidsontwikkelingen en plannen met betrekking tot de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid.
- Een kwalitatief onderzoek in vijf 'verdiepingsregio's' naar de regionale samenwerking en de totstandkoming van een regionale, integrale aanpak in de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor deze doelgroep.

Naast deze primaire dataverzameling wordt - voor de doelstellingen van de LMA relevante - informatie bijeengebracht vanuit een reeks van secundaire bronnen. Daarbij gaat het om andere monitor- en onderzoeksrapportages en analyses van ontwikkelingen in en rond de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Voor de uitvoering van de monitor worden de onderzoekers ondersteund door een begeleidingscommissie bestaande uit vertegenwoordigers vanuit onderzoek en vanuit het veld. Een overzicht van de leden van begeleidingscommissie is opgenomen in bijlage A.

1.3 Opzet van het rapport

Over de bevindingen van de LMA zal jaarlijks een rapportage worden uitgebracht. Deze jaarlijkse rapportage zal steeds bestaan uit twee onderdelen: een korte, geïntegreerde rapportage over de belangrijkste bevindingen tot dat moment; en een uitgebreid verslag, in een serie bijlagen, van de resultaten van de verschillende deelonderzoeken.

Deze eerste monitorrapportage kent dezelfde opzet. In de bijlagen B tot en met F wordt uitgebreid verslag gedaan van de opzet en resultaten van de deelonderzoeken onder het panel Psychisch Gezien (bijlagen B en C), bij de GGZ-instellingen (bijlage D) en de centrumgemeenten (bijlage E) en in de verdiepingsregio's (bijlage F). Verder is een bijlage opgenomen met een eerdere analyse van de signalen over 'verwarde personen' en een mogelijke relatie met 'ongewenste uitval uit het zorgproces' (bijlage G).

De belangrijkste bevindingen uit de deelonderzoeken en uit de analyses van de secundaire bronnen worden besproken in de volgende hoofdstukken. Allereerst komen in hoofdstuk 2 de perspectieven van mensen met ernstige psychische aandoeningen op hun actuele leef- en zorgsituatie en hun ondersteuningsbehoeften aan bod. Daarbij wordt ook ingegaan op de toekomstperspectieven met betrekking tot de eigen situatie en met betrekking tot de transities in de zorg. In hoofdstuk 3 worden de ontwikkelingen en de actuele stand van zaken beschreven in de capaciteit, de organisatie en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen. Hoofdstuk 4 gaat in op de stand van zaken en (beleids)ontwikkelingen rond de regionale samenwerking in de opbouw van een nieuw, geambulantiseerd en geïntegreerd zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Actuele kansen en risico's worden besproken. Hoofdstuk 5 geeft een korte samenvatting van en slotbeschouwing op de resultaten van deze eerste monitorronde.

2 Leefsituatie en perspectieven van mensen met ernstige psychische aandoeningen

2.1 Inleiding

Op jaarbasis hebben in Nederland naar schatting 1,8 miljoen volwassenen (18-64 jaar) te kampen met psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, 2010). Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren relatief beperkt. Een deel van deze groep komt de problemen weer te boven met professionele hulp, onder andere vanuit de GGZ. Anderen doen dat met behulp van naasten en op eigen kracht.

Er zijn ook mensen bij wie de problemen niet zo snel overgaan, bij wie de klachten een chronisch karakter (dreigen te) krijgen en bij wie de psychische klachten gepaard (dreigen te) gaan met uiteenlopende problemen op andere terreinen (lichamelijke gezondheid, sociale en maatschappelijke situatie). Een scherpe grens tussen de populatie van mensen met kortdurende en relatief 'lichte' problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is niet te trekken. Het gaat om gradaties op verschillende dimensies. Wel zijn op basis van recente ramingen indicaties te geven. Zo kwamen Delespaul e.a. (2013) tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen van circa 280.000. Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren.

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laten eerdere onderzoeken zien dat de kwaliteit van leven van mensen die te kampen hebben met ernstige psychische aandoeningen in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. Verreweg de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen wonen in een eigen woning 'in de samenleving' maar de participatiegraad is laag en de eenzaamheid is groot (Trimbos-instituut, 2012). Onder andere in het *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen ('Over de brug')* wordt vastgesteld dat zowel individuele factoren als barrières in de samenleving bijdragen aan deze achterstanden (Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014).

Tegelijk laat onderzoek zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen statische populatie vormen. Mensen krijgen klachten, maar het kan ook weer beter met hen gaan. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin 'herstellen'. Belangrijk motief achter de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ is dat deze transities aan dit herstel moeten bijdragen en mede de voorwaarden creëren die maken dat psychische kwetsbaarheid als zodanig niet meer hoeft te leiden tot persoonlijke en maatschappelijke 'teloorgang' (zie onder andere Trimbos-instituut, 2014b).

Panel Psychisch Gezien

Ten behoeve van de LMA zullen in de komende jaren de wederwaardigheden gevolgd worden van het panel Psychisch Gezien. Het panel is in 2010 opgericht en telde tot 2015 circa 800 leden (18+), alle met ernstige of aanhoudende psychische aandoeningen. Recent is het panel uitgebreid tot circa 2.000 leden. Voor de LMA zullen panelleden periodiek bevraagd worden over (hun oordelen over) de eigen leefsituatie en de zorg die zij ontvangen. Daarnaast worden panelleden periodiek geraadpleegd over hun oordeel over actuele (beleids) ontwikkelingen in en rond de zorg.

In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de resultaten van de eerste twee panelraadplegingen die specifiek ten behoeve van de LMA zijn uitgevoerd. In paragraaf 2.2 gaan we in op de leefsituatie van de panelleden en op het oordeel van de leden over de eigen kwaliteit van leven. In paragraaf 2.3 wordt besproken welke zorg de panelleden ontvangen en wat het oordeel van de panelleden is over die zorg. In

paragraaf 2.4 komen de toekomstwensen en toekomstperspectieven aan bod. Daarbij gaat het zowel om de persoonlijke wensen en ambities van de panelleden als om de perspectieven van het panel op de transities die op dit moment plaatsvinden in de (langdurige) GGZ. Een uitgebreid verslag van de resultaten van de panelraadplegingen is te vinden in de bijlagen B en C.

2.2 Leefsituatie en kwaliteit van leven

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de leefsituatie en de ervaren kwaliteit van leven van de panelleden ten tijde van de peiling (60% vrouw, gemiddelde leeftijd 48 jaar).

De tabel laat zien dat een grote meerderheid van de panelleden zelfstandig woont. Eén op de tien leden woont in (een woning/appartement van) een zorginstelling. In dat laatste geval betreft het meestal een (groeps- of individuele) woning in een woonwijk (7% van alle leden); circa 3% van de panelleden woont op een instellingsterrein of –afdeling[1]. Ruim de helft van de panelleden is alleenstaand. Ruim een derde woont met partner en/of kinderen. De overigen wonen in een woning met andere familieleden (ouders) of anderen. Van alle panelleden doet twee op de vijf vrijwilligerswerk (gemiddeld 1 dag per week). Eén op de vijf heeft een betaalde baan[2] (van gemiddeld 3 dagen per week). Daarnaast is één op de vijf panelleden actief als mantelzorger. Iets minder dan één op de tien volgt een opleiding of werkgerelateerde cursus.

Vrijwel alle panelleden hebben bij aanmelding al langer dan twee jaar psychische klachten; twee derde is volgens een zelfbeoordelingsschaal (MHI-5) ‘psychisch ongezond’. Circa vijf op de zes panelleden geeft bij aanmelding aan beperkingen te ervaren op het gebied van werk en onderwijs; drie kwart meldt beperkingen op het gebied van sociale contacten en iets minder dan de helft op het gebied van wonen. Ten tijde van de peiling geeft de helft tot twee derde van panelleden aan (ook) te kampen te hebben met lichamelijke problemen. Ruim vier op de vijf panelleden (82%) is eenzaam, ruim een derde (38%) erg of heel erg eenzaam. Bijna een derde van de panelleden (31%) heeft zich in de afgelopen 12 maanden - doorgaans meermalen - gediscrimineerd of achtergesteld gevoeld vanwege de psychische problemen. Circa 40% van de panelleden geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij.

Overall geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,2. Het minst tevreden is men over de eigen psychische en lichamelijke gezondheid en de eigen financiële situatie[3].

Belangrijk bij dit overzicht is dat het om gemiddelden gaat. Panelleden - en mensen met ernstige psychische aandoeningen - verschillen onderling sterk in hun leefsituatie en kwaliteit van leven, met uitschieters in positieve zowel als in negatieve zin. Ook lijken veel panelleden ondanks de problemen waar men mee te kampen heeft, in staat hun eigenwaarde te behouden. Zo geeft twee derde (67%) van panelleden aan het gevoel te hebben dat men iets voor iemand anders kan betekenen, meldt eveneens tweede derde (68%) voldoening te halen uit wat wel goed gaat en geeft nog eens ruim twee derde (70%) aan het vertrouwen te hebben gelukkig te kunnen zijn. Eén en ander neemt niet weg dat in zijn algemeenheid de kwaliteit van leven van de panelleden veel tekorten te zien geeft.

1 Afgaand op het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie Delespaul e.a., 2013) en afgaand op het totaal aantal woonplekken in GGZ-instellingen (zie het volgende hoofdstuk), vormt het panel in termen van de woonsituatie een goede afspiegeling van de totale populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

2 Inclusief 4% die in een sociale werkvoorziening werkt.

3 Onderzoek van het Nivel laat zien dat het besteedbaar inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking in de periode 2010-2013 sterker is gedaald dan dat van de algemene bevolking. Een kwart tot een derde van deze groep teert in op spaargelden en/of maakt schulden (Nivel, 2015a). Het Armoedesignalement van het CBS laat zien dat de armoede in de periode 2010-2013 in zijn algemeenheid is toegenomen en dat met name woonkosten voor huishoudens met een laag inkomen een zware last vormen (CBS, 2015).

Tabel 2.1 Leefsituatie en kwaliteit van leven panel Psychisch Gezien (N = 1519*, peiling voorjaar 2015)

Sekse	
Man	40%
Vrouw	60%
Leeftijd	
< 36	15%
36-55	53%
>55	31%
M	48 jaar
Woonsituatie	
Zelfstandig	81%
Woning van een zorginstelling	10%
Anders	9%
Huishouden	
Alleenstaand	55%
Met partner	27%
Met (partner en) kinderen	9%
Met ouders of andere familie	4%
Met anderen (waaronderbeschermd wonen)	9%
Werk en opleiding	
Betaald werk	21%
Vrijwilligerswerk	40%
Mantelzorg	19%
Opleiding / werkgerelateerde cursus	8%
Gezondheid	
Psychische klachten > 2 jaar (bij aanmelding)	95%
Actuele psychische ongezondheid	67%
Actuele lichamelijke gezondheidsproblemen	61%
Ervaren beperkingen (ten tijde van aanmelding)	
Op gebied van werken of leren	84%
Op gebied van sociale contacten	75%
Op gebied van wonen	47%
Tevredenheid met (gemiddelde score op 7-puntsschaal)	
Woonsituatie	5,4
Dagelijkse bezigheden	4,7
Sociale contacten	4,6
Financiële situatie	4,4
Lichamelijke gezondheid	4,4
Psychische gezondheid	4,1
Rapportcijfer kwaliteit van leven	
5 of minder	28%
6	21%
7 of hoger	52%
M	6,2

* Totaal aantal respondenten op de voorjaarspeiling 2015: 1519. Respons op afzonderlijke items kan soms lager zijn. Zie bijlage B.

2.3 Zorggebruik en ondersteuningsbehoeften

Ongeveer drie kwart (74%) van de panelleden is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling. Van alle panelleden ontvangt één op de vijf (18%) GGZ zorg aan huis. Ruim één op de 10 panelleden (11%) is in de afgelopen maanden vrijwillig opgenomen geweest en 4% gedwongen.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de verschillende GGZ-voorzieningen, van het percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden van deze voorzieningen gebruik heeft gemaakt en van het gemiddelde rapportcijfer dat de panelleden deze voorzieningen geven.

Tabel 2.2 Contact met GGZ-voorzieningen in de afgelopen 12 maanden en waardering voor deze voorzieningen

	Contact in afgelopen 12 maanden	Rapportcijfer
	%	M
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	68	6,8
ACT/FACT team	26	6,9
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk	24	6,9
RIBW of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	16	6,7
Dagactiviteitencentrum (DAC)	15	6,7
Steunpunt GGZ, cliënten-informatiepunt of cliëntenbelangenbureau	7	6,3
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	7	6,6
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	5	6,2
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	3	6,1
VIP team: vroege interventie psychose team	2	6,3

De tabel laat zien dat circa een kwart van de panelleden in de afgelopen 12 maanden in zorg is geweest bij een ACT- of FACT team[4]. Eveneens ongeveer een kwart heeft gebruik gemaakt van vrijgevestigde GGZ-hulpverleners. Verder is één op de zes in de afgelopen 12 maanden bij een dagactiviteitencentrum geweest. Gemiddeld geven de panelleden de meest gebruikte GGZ-voorzieningen een rapportcijfer van iets minder dan een zeven. De specialistische - en minder gebruikte - voorzieningen zoals de PIT-teams, IHT-teams en VIP-teams scoren lager, gemiddeld net iets boven een zes.

Een deel van de panelleden is in verband met de psychische problemen in de afgelopen 12 maanden niet alleen in contact geweest met GGZ-voorzieningen maar ook met algemene gezondheidszorgvoorzieningen, gemeentelijke voorzieningen en voorzieningen rond werk en re-integratie. Tabel 2.3 geeft een overzicht van het percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden van deze voorzieningen gebruik heeft gemaakt en van het gemiddelde rapportcijfer dat de panelleden deze voorzieningen geven.

4 Afgaand op het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie Delespaul e.a., 2013) en afgaand op het totaal aantal opnamen in de GGZ en op het totaal aantal (F)ACT-cliënten in Nederland (zie het volgende hoofdstuk), vormt het panel in termen van opname-prevalentie en (F)ACT gebruik een goede afspiegeling van de totale populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Tabel 2.3 Contact met overige voorzieningen in verband met psychische problemen in de afgelopen 12 maanden en waardering voor deze voorzieningen

	Contact in afgelopen 12 maanden	Rapportcijfer
	%	M
Gezondheidszorg algemeen		
Huisarts of praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts	42	6,6
Hulpverlener met alternatieve geneeswijze	10	7,4
Wijkverpleegkundige	4	7,0
Coach met een eigen praktijk	3	7,0
Gemeente		
Gemeente algemeen	14	5,0
Buurthuis	8	6,2
Sociaal wijkteam	7	6,1
Schuldhulpverleningsorganisatie	7	6,2
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	3	6,4
Welzijnsorganisatie	2	5,9
Voorzieningen voor werk- en re-integratie		
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	26	5,7
Vrijwilligersorganisatie	14	7,0
Sociale werkvoorziening	6	6,1
Re-integratiebureau	5	5,2

De tabel laat zien dat een derde tot de helft van de panelleden in de afgelopen 12 maanden in verband met de psychische problemen contact heeft gehad met de huisarts. Gemeenten zijn niet heel erg in beeld, ook de sociale wijkteams niet. Verder heeft een kwart van de panelleden in de afgelopen 12 maanden contact gehad met het UWV (waarvan een aanzienlijk deel meermalen in de afgelopen 3 maanden), maar een aanzienlijk kleiner deel (5%) met een re-integratiebureau. De tabel laat verder zien dat panelleden de voorzieningen in het gezondheidszorgdomein in het algemeen met een ruime voldoende waarderen, maar minder positief zijn over gemeentelijke en werk- of re-integratie voorzieningen. In het bijzonder het UWV, de gemeente zelf en de re-integratiebureaus scoren laag.

Panelleden hebben niet alleen te maken met professionele hulpverleners. Bijna twee derde van de panelleden krijgt ten tijde van de peiling en in verband met de psychische problemen zorg of ondersteuning van iemand uit de eigen omgeving (mantelzorg). Het zijn vooral de partner (36%), vrienden (36%) en (schoon)ouders (31%) die de panelleden bijstaan, maar ook kinderen (17%). Lotgenoten zijn voor een vijfde (20%) van de panelleden een belangrijke steunpilaar buiten het professionele circuit.

Panelleden is ook gevraagd op welk levensdomeinen zij een ondersteuningsbehoefte hebben en of zij die ondersteuning ook krijgen (hetzij van een professional, hetzij van iemand uit het informele netwerk). Tabel 2.4 geeft een overzicht.

Tabel 2.4 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

	Ondersteuningsbehoefte	Heeft ondersteuningsbehoefte maar ontvangt geen professionele of informele ondersteuning
	% van alle panelleden	% van alle panelleden
Psychische gezondheid	83	11
Sociale contacten	74	17
Vinden van de juiste hulp	72	18
Lichamelijke gezondheid	73	15
Dagelijkse bezigheden (werk en opleiding)	61	20
Huishouden	46	13
Financiële situatie	48	14
Seksualiteit en intimiteit	30	16
Persoonlijke verzorging	20	9
Alcohol en/of drugsgebruik	18	9

De tabel laat zien dat panelleden vooral ondersteuningsbehoeften hebben op het gebied van de eigen psychische en lichamelijke gezondheid, sociale contacten en dagelijkse bezigheden (inclusief werk en opleiding) en het vinden van de juiste hulp. In veel gevallen ontvangen de panelleden ook (enige) ondersteuning op de genoemde gebieden, hetzij van professionele hulpverleners, hetzij vanuit het informele netwerk. Maar met name rond sociale contacten en dagelijkse bezigheden is er ook een aanzienlijk deel dat de gewenste ondersteuning ontbeert.

2.4 Toekomstwensen en toekomstperspectieven

Meer en betere sociale contacten staan hoog op de persoonlijke wensenlijst van de panelleden. Bijna twee derde van de panelleden (59%) zou meer contact willen hebben met andere mensen en twee derde (66%) zou vooral een hechter of beter contact met anderen willen. Ook zou ruim de helft (57%) van de panelleden meer te doen willen hebben buitenshuis. Van de panelleden die niet zelfstandig wonen, zou de helft tot twee derde (59%) dat wel willen.

Op het gebied van werk en opleiding zou van degenen die geen betaalde baan hebben zo'n 40% wel een betaalde baan willen hebben. We zagen al dat 40% vrijwilligerswerk doet. Nog eens 19% van de panelleden doet geen vrijwilligerswerk maar zou dat wel willen. Verder zou van de grote meerderheid die geen opleiding volgt, bijna de helft (42%) wel een opleiding willen volgen.

Veel panelleden zouden dus sociaal en maatschappelijk actiever willen worden. Belangrijk gegeven daarbij is de relatief hoge gemiddelde leeftijd van de panelleden (gemiddeld 48 jaar, een derde is ouder dan 55 jaar). Kijken we apart naar de jongere panelleden (tot 35 jaar), dan blijkt die wens tot sociale en maatschappelijke participatie onder deze groep nog aanzienlijk groter. In zijn algemeenheid is de sociale en maatschappelijke participatiegraad van de jongere panelleden iets hoger dan die van de ouderen. Maar daarbovenop zou van de jongere panelleden die geen betaalde baan hebben nog eens twee derde wel graag een betaalde baan hebben (met diegenen die al een betaalde baan hebben meegeteld, wil drie kwart van alle jongere panelleden een betaalde baan). Van degenen die geen opleiding volgen zou eveneens twee derde dat wel willen. Ook op het gebied van sociale contacten hebben de jongere panelleden meer wensen dan de ouderen. Bij degenen die niet zelfstandig wonen is de wens om wel zelfstandig te gaan wonen bij de jongeren ook hoger (71%).

De transities in de GGZ zijn in belangrijke mate gemotiveerd vanuit de gedachte dat mensen met ernstige psychische aandoeningen inderdaad meer in de gelegenheid gesteld zouden moeten worden om sociaal en maatschappelijk te participeren. In de najaarspeiling 2014 is panelleden gevraagd wat hun perspectieven zijn op de ambulantisering en de andere transities in de GGZ. Daarbij blijkt het overgrote deel van de panelleden te onderschrijven dat er (veel) meer ambulante zorg nodig is voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zowel bij het omgaan met psychische klachten (aldus 79% van de panelleden) als bij het vinden en behouden van werk of opleiding (aldus 78%).

Een groot deel van het panel neemt niettemin een afwachtend-sceptische houding aan tegenover de huidige transities. Een meerderheid vreest dat die ambulante uitbreiding er de facto niet zal komen en dat het accent eenzijdig op de beddenafbouw zal komen te liggen, met volgens veel panelleden de nodige negatieve consequenties van dien. Ook het vertrouwen bij de panelleden in de afloop van decentralisatie van de GGZ en overheveling van taken naar gemeenten is vooralsnog niet groot. Circa drie kwart van de panelleden verwacht een verslechtering in de ondersteuning als gevolg van deze overheveling, slechts enkelen rekenen op een verbetering. Het appel dat in dit verband wordt gedaan op meer mantelzorg, achten de meeste panelleden niet reëel. Familie en kennissen doen al heel veel en hebben juist zelf ook meer ondersteuning nodig, zo is de overheersende mening. Als het gaat om alle veranderingen in de zorg tezamen, overheersen bij veel panelleden momenteel vooral gevoelens van onzekerheid[5].

2.5 Conclusies

Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen willen deelnemen aan de samenleving en willen participeren in meer of minder formele sociale netwerken. Vooral onder jongere mensen met ernstige psychische aandoeningen is die wens groot.

Voor velen blijft de realiteit momenteel echter nog (ver) achter bij die wensen, niettegenstaande de ondersteuning die de meesten (op onderdelen) ontvangen vanuit de professionele zorg maar ook vanuit het eigen, informele netwerk. Verbetering en opschaling van met name de professionele ondersteuning zijn nodig om tot een betere kwaliteit van leven te komen en die wensen te realiseren, zo signaleren mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf. Maar ook is aandacht nodig voor het tegengaan van maatschappelijke belemmeringen voor sociale en maatschappelijke participatie (financiële omstandigheden, discriminatie).

Mensen met ernstige psychische aandoeningen onderschrijven dan ook in grote meerderheid de inhoudelijke doelstellingen van de transities in de GGZ en van het ambulantiseringstraject - meer en betere ambulante zorg en meer mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie - maar stellen zich vooralsnog op het standpunt: "Eerst zien, dan geloven."

5 Zie ook AVI-cliëntenmonitor, 2015.

3 Organisatie, capaciteit en gebruik van GGZ-voorzieningen

3.1 Inleiding

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om de beschikbare middelen voor de GGZ anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Ministerie van VWS, 2012). Bij deze ambulantiseringsafspraken werd het jaar 2008 als peiljaar genomen voor een 33% reductie van de beddencapaciteit in 2020.

Het vorige hoofdstuk liet al zien dat een vijfde tot een kwart van de mensen met ernstige psychische aandoeningen op jaarbasis een beroep doet op klinische opnamevoorzieningen (vaak voorafgegaan en/of gevolgd door ambulante zorg) of voorzieningen voor beschermd wonen. Al veel langer maakt een grote meerderheid uitsluitend gebruik van ambulante voorzieningen (en ondersteuning door naasten; Trimbos-instituut, 2013). Ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is dus verre van nieuw. Niettemin heeft door de jaren heen de ambulante zorg voor deze groep naar schatting slechts 15 tot 20% van het totale GGZ-budget voor zijn rekening genomen. De ambulantiseringsafspraken betekenen dan ook niet zozeer een radicale omslag in het zorgaanbod aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar wel een in potentie substantiële intensivering van de ambulante zorg.

In dit hoofdstuk worden de recente ontwikkelingen en de actuele stand van zaken beschreven in de omvang, de organisatie en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen. Belangrijke bron - naast andere, secundaire bronnen - is de LMA-uitvraag bij GGZ-instellingen[6]. Een uitgebreid verslag van dit deelonderzoek bij de GGZ-instellingen is te vinden in bijlage D.

In paragraaf 3.2 gaan we in op de ontwikkelingen rond de intramurale zorg en de beddenafbouw. Ook het beschermd wonen komt daarin aan bod. In paragraaf 3.3 wordt een eerste analyse gemaakt van de stand van zaken met betrekking tot het ambulante zorggebruik. Paragraaf 3.4 geeft een kort overzicht van de inhoudelijke ontwikkelingen in de (organisatie van de) ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3.2 Intramurale zorg en beschermd wonen

Capaciteit

Nederland beschikt van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan klinische opname- en verblijfsvoorzieningen. Sinds het jaar 2000 zijn daar in snel tempo beschermende woonvoorzieningen bijgekomen. Per saldo nam tussen 2000 en 2010 het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ nog met ruim een derde toe van circa 26.500 tot circa 36.500 plaatsen, met name in de vorm van voorzieningen voor beschermd wonen (Trimbos-instituut, 2013).

Op onderdelen groeide na 2008 - het peiljaar voor de afbouwafspraken - de intramurale GGZ-capaciteit (en met name het beschermd wonen) nog verder door. De feitelijke afbouw nam rond 2011 (dus nog voor de afbouwafspraken van 2012) een aanvang in de Zvw-gefinancierde intramurale voorzieningen (opnamen tot één jaar). In 2013 werd in een bescheidener tempo ook een begin gemaakt met de afbouw van de verblijfsvoorzieningen (AWBZ B). Het beschermd wonen (AWBZ C) is tot 2012 blijven groeien.

6 Aan de LMA-uitvraag verleenden 69 instellingen hun medewerking, waaronder nagenoeg alle geïntegreerde GGZ-instellingen en nagenoeg alle RIBW's. De deelnemers aan de LMA vertegenwoordigen naar schatting 75% van de totale intramurale en BW-capaciteit in Nederland.

De LMA-uitvraag over 2014 laat zien dat de in afgelopen periode ingezette beddenafbouw in de Zvw- en AWBZ-gefinancierde GGZ in 2014 heeft doorgezet. Daarbij is de capaciteitsdaling in de opname- en verblijfsvoorzieningen van de deelnemende instellingen in 2014 groter dan in 2013. Ook de voorzieningen voor beschermd wonen laten inmiddels een daling laten. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de mutaties in de periode 2012-2014.

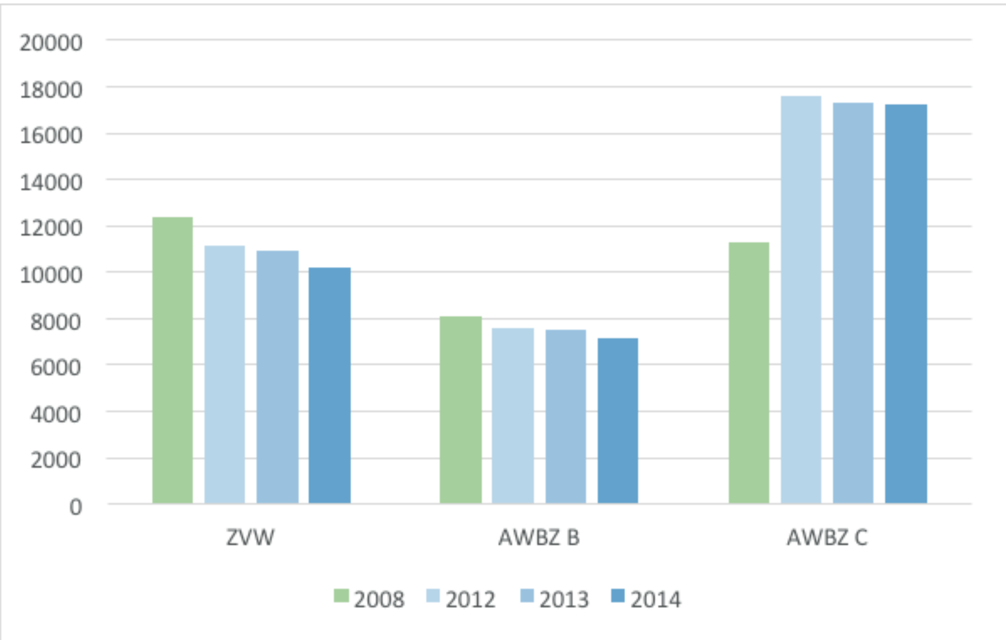
Tabel 3.1. Mutaties Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ 2012-2014, deelnemers LMA

	2012-2013	2013-2014
Zvw	-5,6%	-7,2%
AWBZ-B	-3,8%	-4,4%
AWBZ-C	0,0%	-4,4%

Exacte cijfers over het totaal aantal intramurale plaatsten in 2014 (inclusief de plaatsen bij de instellingen die niet aan de LMA deelnamen) zijn niet voorhanden. Wel kan op basis van extrapolatie van de LMA-cijfers en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMv) een indicatie worden gegeven. Die komt erop uit dat Nederland in 2014 in totaal naar schatting ruim 10.000 opnameplaatsen (Zvw), ruim 7.000 verblijfplaatsen (AWBZ B) en ruim 17.000 plaatsen voor beschermd wonen (AWBZ C) telde.

Figuur 3.1 geeft een indicatie van de ontwikkelingen in de totale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland in de periode 2008-2014. De figuur laat zien dat het totaal aantal plaatsten in de opname- en verblijfsvoorzieningen (Zvw en AWBZ B) in 2014 grofweg een zesde onder het niveau van peiljaar 2008 ligt. De capaciteit van het beschermd wonen (AWBZ C) ligt daar echter ruim anderhalf keer boven. Kanttekening daarbij is dat de gemeenten - inmiddels verantwoordelijk voor het beschermd wonen - geen partij waren in het Bestuurlijk Akkoord waarin de ambulantiseringsafspraken werden gemaakt. Overigens bestaat anno 2014 ruim een derde van de plaatsen voor beschermd wonen uit individuele woonvoorzieningen.

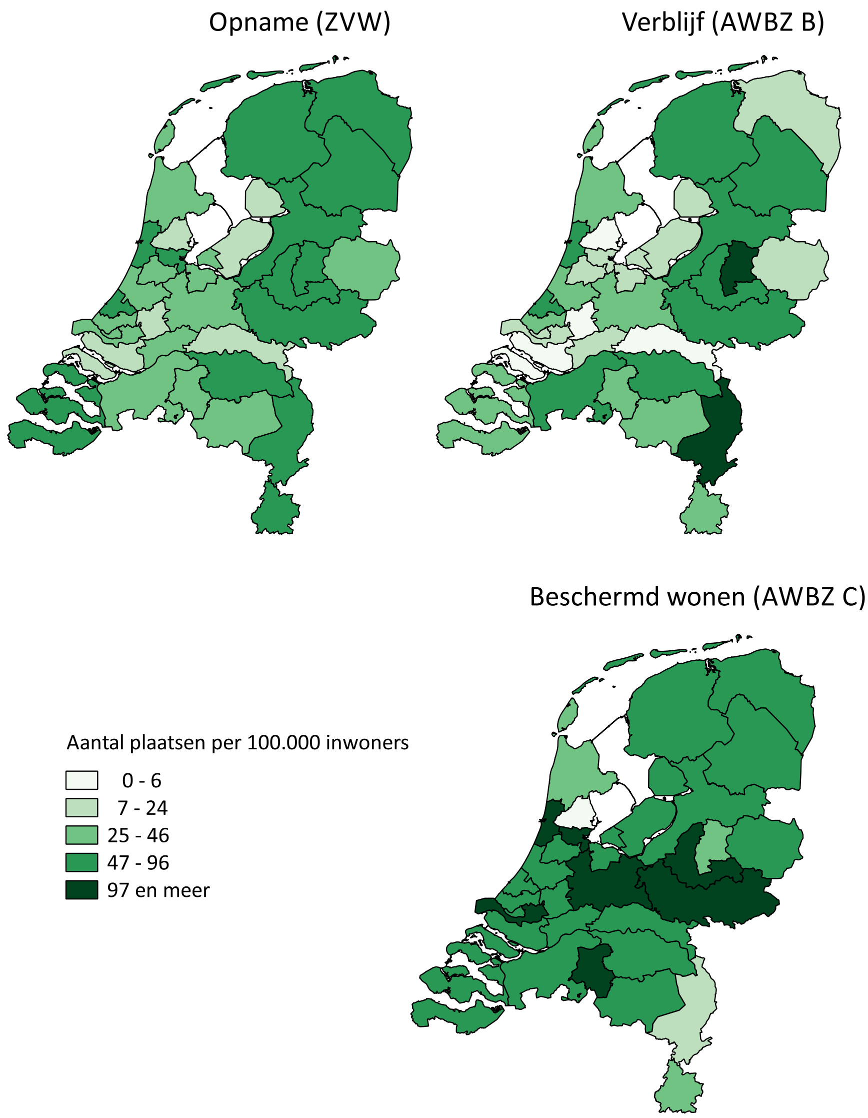
Figuur 3.1. Capaciteitsontwikkelingen intramurale GGZ 2008-2014 (aantal plaatsen)*



* Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). AWBZ B-cijfers 2008 inclusief ABWZ overig. Gegevens over 2012-2014 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens (naar schatting 75% van totale intramurale capaciteit in Nederland) en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMv). (De AWBZ-productiecijfers van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.)

Regio's verschillen in de uitgangssituaties van de beddenafbouw. Historische gegroeide capaciteit voor psychiatrische opnamen, verblijf en beschermd wonen varieert per regio. Hoewel afbouw in alle regio's is ingezet, zijn de facto de capaciteitsverschillen tussen de regio's nog steeds aanwezig. Figuur 3.2 geeft een (niet landelijk dekkende) indicatie van de opname-, verblijfs- en BW-voorzieningen van de LMA-deelnemers per 100.000 inwoners per zorgkantoorregio in 2014.

Figuur 3.2. Aantal intramurale plaatsen ZVW, AWBZ B en AWBZ C deelnemers LMA per 100.000 inwoners per zorgkantoorregio 2014 (op basis van locatie voorziening)



Naast Zvw- en ABWZ-gefinancierde intramurale zorg worden ook intramurale GGZ-plaatsen gefinancierd door het Ministerie van Justitie. In 2014 telde Nederland bijna 3.800 van deze strafrechterlijke forensisch psychiatrische plaatsen. Dat aantal nam in de periode 2012-2014 nog met circa 6% toe. Binnen de justitieel gefinancierde GGZ vindt al enkele jaren een verschuiving plaats van plaatsen in de forensische psychiatrische centra naar de (forensische psychiatrische afdelingen van) reguliere GGZ-instellingen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2015).

De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat zien dat per saldo, en ondanks de beddenafbouw van de laatste jaren binnen de Zvw en de AWBZ, de deelnemers aan de LMA nog altijd circa 62% van hun inkomsten ontvangen uit de intramurale productie en het beschermd wonen.

Zorggebruik

Hoewel de Zvw-gefinancierde klinische capaciteit al enkele jaren afneemt, is het aantal unieke cliënten dat in de GGZ wordt opgenomen in de periode 2013-2014 nagenoeg gelijk gebleven. Ondertussen steeg wel het aantal geopende DBC's met verblijf (initieel en vervolg) met circa 6% en het aantal opnameperioden met circa 12%. Dat komt per saldo neer op gemiddeld meer opnamen per cliënt[7].

Bij circa 12% van de opnamen gaat het om een crisisopname. Het aantal crisisopnamen nam in 2014 met 3% af ten opzichte van 2013. De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat verder zien dat de afbouw van de Zvw-capaciteit volledig voor rekening komt voor plaatsen met een relatief laagintensieve verzorgingsgraad. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam in de periode 2013-2014 niet alleen in relatieve zin maar ook in absolute zin toe[8].

Instroom in de verblijfsvoorzieningen (AWBZ B) nam in de periode 2012-2014 af met circa 15%. In dezelfde periode nam het aandeel langverblijvers toe (circa een derde van de cliënten in de verblijfsvoorzieningen is meer dan 4 jaar opgenomen). Anders dan bij de kortdurende opnamevoorzieningen (Zvw) en eveneens afwijkend van eerdere trends daalde de zorgzwaarte (aandeel zwaardere ZZP-en) in de verblijfsvoorzieningen in de periode 2013-2014 licht.

Ook de instroom van cliënten in voorzieningen voor beschermd wonen daalde tussen 2012 en 2014, in totaal met 30 procent. Gegeven ook de vooralsnog zeer beperkte capaciteitsdaling in het BW, lijkt één en ander te wijzen op een verminderende doorstroom[9]. Het aandeel van mensen dat langdurig (meer dan vier jaar) in een BW woont, neemt dan ook toe (circa een derde van de bewoners woont op peildatum langer dan vier jaar in een beschermende woonvorm). De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat verder zien dat de al langer bestaande trend van toenemende zorgzwaarte (in termen van ZZP-en) in het BW doorzet, zij het minder sterk dan voorheen. De uitvraag laat ook zien dat anno 2014 circa een derde van de woonplekken van de instellingen bestaat uit individuele woonvoorzieningen.

3.3 Ambulante zorg

Het aantal ambulante contacten van de GGZ is de afgelopen decennia voortdurend gegroeid (Trimbos-instituut, 2014c). Een deel van die groei komt op conto van een toenemend aantal cliënten, mogelijk een deel ook op een geleidelijke intensivering van de zorg. Inmiddels maken op jaarbasis circa 1 miljoen mensen gebruik van de GGZ. Bij 90 tot 95% gaat het om (uitsluitend) ambulante zorg. In de meeste gevallen betreft het relatief kortdurende zorgtrajecten. Circa 20% van de ambulante GGZ-cliënten heeft te kampen met ernstige psychische aandoeningen (Delespaul e.a., 2013; Trimbos-instituut, 2013, 2014b; Vektis, 2015).

Recente ontwikkelingen in Zvw-gefinancierde ambulante GGZ

Anno 2014 werd naar schatting 90 tot 92% van de cliënten van de Zvw-gefinancierde ambulante GGZ geholpen vanuit de gespecialiseerde GGZ. De overigen maakten gebruik van de Basis-GGZ (zie ook KPMG Plexus, 2015).

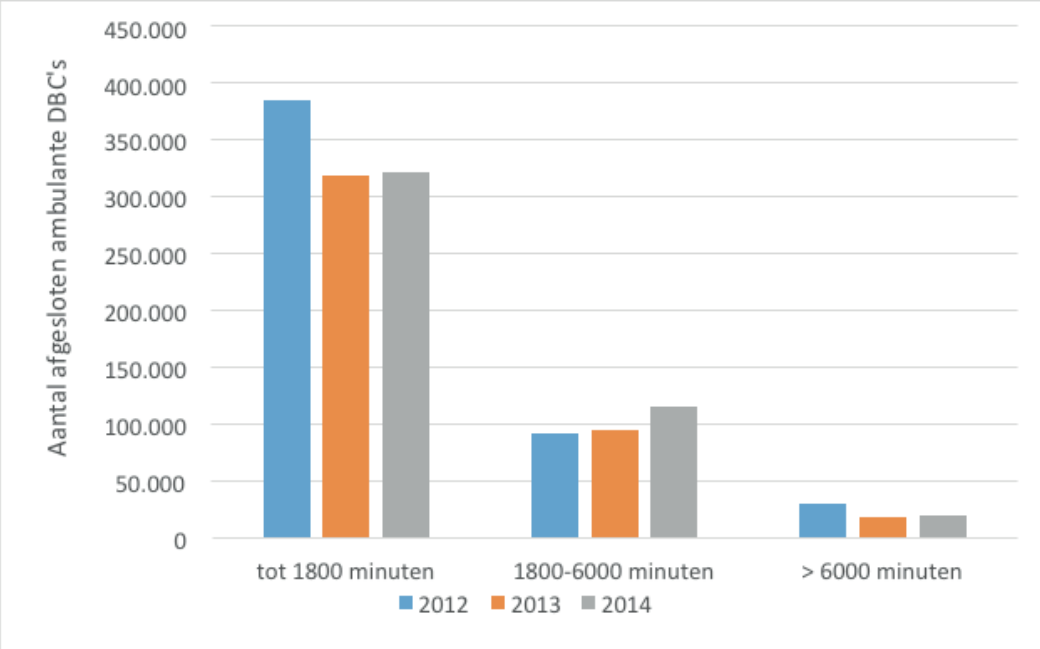
De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat zien dat het aantal ambulante Zvw-cliënten van de betrokken instellingen tussen 2012 en 2013 daalde en tussen 2013 en 2014 licht steeg. Ondertussen lijkt er binnen de gespecialiseerde GGZ van deze instellingen een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg te hebben plaatsgevonden. Figuur 3.3 geeft een overzicht van de DBC-trajecten van de deelnemende instellingen aan de LMA en van de ontwikkeling in de verschillende zorgintensiteitcategorieën voor de periode 2012-2014.

7 In totaal werden in 2014 bij de deelnemende instellingen circa 36.000 unieke cliënten opgenomen en vonden er 70.000 opnameperioden plaats. Circa een kwart van de opnamen duurt maximaal een week en ruim de helft maximaal een maand.

8 Deze zorgintensivering betekent ook dat de 7% afbouw in het aantal ZVW-gefinancierde klinische plaatsen niet resulteert in een evenredig daling van de uitgaven aan de intramurale ZVW-gefinancierde GGZ (een ruwe schatting van die uitgavendaling komt uit op ongeveer 3%).

9 Een tekort aan betaalbare een- of twee persoonswoningen wordt door veel partijen aangewezen als een belangrijke oorzaak van een stagnerende uitstroom uit / doorstroom van het beschermd wonen (zie onder andere Aanjaagteam langer zelfstandig wonen, 2015).

Figuur 3.3. Aantal ambulante DBC-trajecten bij de deelnemers LMA* naar minutencategorieën 2012-2014



* De gegevens hebben betrekking op de instellingen die hebben gerespondeerd op een uitvraag in het kader van de LMA (2014) én op een uitvraag in het kader van de voorloper daarvan: de *Landelijke monitor intramurale GGZ* (2013). Deelnemers LMA: lid-instellingen van GGZ Nederland en niet-leden met intramurale voorzieningen. Deelnemers *Landelijke monitor intramurale GGZ*: lid-instellingen GGZ Nederland met intramurale voorzieningen.

De figuur laat zien dat het aantal trajecten in de lichtste categorie in de periode 2012-2014 per saldo is gedaald[10], dat het aantal trajecten in de middencategorie tot 6000 minuten is toegenomen, maar dat juist ook in de intensiefste categorie het aantal trajecten per saldo is gedaald (extrapolerend naar de gehele gespecialiseerde GGZ gaat het bij deze intensiefste categorie in 2014 om circa 30.000 zorgtrajecten).

Het beeld is dus tweeledig: er vindt een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg plaats, maar tegelijk blijft een groei in de intensiefste DBC-trajecten uit. De vraag dient zich aan hoe een jaarlijkse zorgintensivering van deze orde zich verhoudt tot hetgeen nodig is om de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen substantieel te verbeteren en tot hetgeen mogelijk is, gegeven de budgettaire kaders.

Concrete, landelijk afspraken over het 'nodige' zijn vooralsnog niet gemaakt. Wel laat de onderzoeksliteratuur zien dat een zorgintensiteit die overeenkomt met de middelste van bovenstaande DBC-categorieën, vanuit het oogpunt van 'goede zorg' voor mensen met ernstige psychische aandoeningen nog altijd als 'beperkt' is aan te merken en dat ook een groei van de intensiefste trajecten in de lijn der verwachting zou liggen[11] (Trimbos-instituut, 2013; Delespaul e.a., in voorbereiding). Met betrekking tot de vraag wat aan ambulante zorgintensivering mogelijk is, zijn enerzijds de signalen vanuit de zorginstellingen en anderzijds de ontwikkelingen in de macro-uitgaven relevant. Zorginstellingen signaleren dat de vanuit de beddenafbouw vrijkomende middelen niet volledig worden geherinvesteerd (en dat per saldo de instellingsbudgetten dalen). Kijken we naar de feitelijke Zvw-uitgaven aan de GGZ, dan zien we dat in 2012 nog bezuinigingsmaatregelen zijn getroffen[12] die een eerdere uitgavengroei hebben gekeerd en dat in de daaropvolgende periode 2012-2014 sprake is van een reële nulgroei. Kanttekening daarbij is dat in het Bestuurlijk Akkoord over deze periode

10 De relatief sterke daling van het aantal afgesloten DBC's tot 1800 minuten in 2013 kan vermoedelijk voor een deel worden toegeschreven aan een kleiner aantal geopende DBC's in 2012 (als gevolg van de in dat jaar ingevoerde en in 2013 weer afgeschafte eigen bijdrage). Het lichte herstel in 2014 is de facto iets sterker wanneer de - in 2014 ingevoerde - producten basis GGZ bij de DBC-trajecten tot 1800 minuten worden opgeteld.

11 Zorgtrajecten in de middelste categorie (1.800-6.000 minuten) komen omgerekend naar aantal contacten en uitgesmeerd over een jaar grofweg neer op maximaal één contact per week tot één contact per drie weken. Bij de intensiefste categorie (> 6.000 minuten) gaat het om tenminste 1 contact per week.

12 Waaronder een structurele tariefdaling.

een beheerste reële uitgavengroei is overeengekomen - exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling - van maximaal 4%. Eén en ander zou betekenen dat een deel van deze budgettaire ruimte niet wordt benut[13] (Ministerie van VWS, 2012, 2013, 2015; NZA, 2014b; Zorginstituut Nederland, 2015).

Het is in dit eerste jaar van de monitor en op basis van de tot dusver beschikbare gegevens nog te vroeg voor vergaande conclusies. Wel geven bovenstaande bevindingen reden voor 'alertheid'.

Recente ontwikkelingen in de (voorheen) AWBZ-gefinancierde ambulante zorg

Sinds 2015 wordt een deel van de ambulante GGZ aan mensen met ernstige psychische aandoeningen gefinancierd door gemeenten. Het gaat om ambulante individuele begeleiding en groepsbegeleiding (dagbestedingsvoorzieningen) die tot 2015 vanuit de AWBZ werden gefinancierd. In termen van capaciteit en aantallen cliënten van ambulante GGZ is de rol van gemeenten relatief beperkt (het aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen dat Zvw-gefinancierde ambulante zorg ontvangt is aanzienlijk groter). Naar schatting ging het in 2014 om 24.000 mensen in individuele ambulante begeleiding en circa 14.000 mensen in ambulante groepsbegeleiding (dagactiviteitencentra)[14]. Daarbij steeg bij de deelnemers aan de LMA-uitvraag het aantal cliënten dat individuele begeleiding ontving in de periode 2012-2014 met circa 6%. Het aantal cliënten in ambulante groepsbegeleiding daalde echter met circa 9%. Die laatste bevinding correspondeert met het gegeven dat circa de helft van de lidinstellingen van GGZ Nederland in een inventarisatie in 2014 aangaf een deel van de dagbestedings- en inloopvoorzieningen te hebben gesloten of te gaan sluiten (GGZ Nederland, 2014).

3.4 Organisatie en kwaliteit van zorg

In de voorgaande paragrafen ging het in hoofdzaak over ontwikkelingen in de algemene capaciteits-, productie- en gebruikscijfers van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen. In een volgende monitorronde willen we meer aandacht besteden aan de ontwikkelingen in de organisatie en de capaciteit van de zorg, specifiek voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en/of acute zorgbehoeften. In de loop van de jaren is er een reeks van initiatieven geweest om die zorg en de organisatie daarvan te verbeteren. Een aantal daarvan heeft geresulteerd in inmiddels breed geïmplementeerde zorgmodellen en zorgvoorzieningen. Daarbij gaat het met name om de ACT- en FACT-teams, maar bijvoorbeeld ook het Intensive Home Treatment (IHT) en de teams voor Vroege Interventie bij Psychose (VIP). Ook in de intramurale zorg worden nieuwe zorgmodellen ontwikkeld, bijvoorbeeld rond Assertive Recovery Triads (ART) en High Intensive Care (HIC).

Op dit moment is een compleet en landelijk dekkend beeld van de ontwikkelingen in de capaciteit en organisatie van deze zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (en over de specifieke voorzieningen voor deze doelgroep) nog niet voorhanden[15]. Een uitzondering daarop vormt de stand van zaken rond het tot dusver breedst geïmplementeerde van bovengenoemde zorgmodellen, dat van de FACT-teams, waarvan (ontwikkelingen in) capaciteit, gebruik en kwaliteit worden geregistreerd door het CCAF[16].

Een uitgangspunt dat (mede op basis van onderzoek) steeds nadrukkelijker centraal staat in het streven naar goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, is dat die zorg wordt gekenmerkt door een *geïntegreerde* aanpak. Dat is tevens het basisprincipe van het FACT-model. Kenmerken van het model zijn enerzijds een geïntegreerde, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams en anderzijds een netwerkbenadering waarin vanuit deze teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van cliënten en met voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, opleiding, werk, et cetera.

Gegevens van het CCAF laten zien dat in de afgelopen tien tot vijftien jaar het aantal teams dat volgens deze FACT-principes werkt gestaag is gegroeid, tot circa 300 anno 2015 (Trimbos-instituut, CCAF, in voorbereiding).

---

13 Bij de doorrekening van deze voorlopige groeicijfers is gecorrigeerd voor de administratieve gevolgen in 2014 van de overheveling van de Jeugd-GGZ in 2015.
14 Extrapolatie op basis van de LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen.
15 In de LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen (bijlage D) leverden de vragen over deze voorzieningen vooralsnog een te beperkte respons op voor een representatief beeld. Voor de volgende monitorrapportage zal de informatie over deze voorzieningen langs andere en meer kanalen worden opgevraagd.
16 Centrum Certificering ACT en FACT.

Daarvan beschikken circa 245 teams inmiddels over het CCAF-kwaliteitskeurmerk. In totaal bedienen de tot dusver gecertificeerde teams naar schatting 50.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat is een substantieel aantal, al ontvangen daarmee nog lang niet alle mensen voor wie dat behulpzaam kan zijn, geïntegreerde zorg, zoals met name de FACT-teams die proberen te organiseren.

Kwaliteitsbeoordelingen van het CCAF laten verder zien dat de FACT-teams nog niet op alle onderdelen even hoog scoren. De teams zijn in de loop van de jaren vooral verbeterd in de samenwerking met externe partners en met informele steunsystemen. Winst kan echter vooral nog gehaald worden in aandacht voor met name die gebieden waarin blijkens de bevindingen in het vorige hoofdstuk de grootste ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen: arbeidsrehabilitatie, herstelgericht werken en psychologische hulp[17]. Tekorten op deze terreinen lijken ten dele gerelateerd aan de zorgintensiteit zoals die bij de gegeven capaciteit en caseload geboden kan worden (gemiddeld 10 fte voor ruim 200 cliënten)[18]. Gemiddeld ontvangen cliënten van FACT-teams één contact per week (zie ook de vorige paragraaf)[19]. In tijden van crisis wordt de zorg opgeschaald[20], maar daarmee lijkt voor ondersteuning op andere terreinen vaak te weinig tijd/capaciteit over te blijven[21]. Ondertussen laten de data van het CCAF zien dat de gemiddelde caseload in de afgelopen jaren nog iets is toegenomen en dat FACT-teams minder outreachend zijn gaan werken. Eén en ander lijkt te pleiten voor nieuwe impulsen en voor het faciliteren en stimuleren van niet alleen een kwantitatieve maar ook een kwalitatieve doorontwikkeling van FACT[22].

Een tweede uitgangspunt dat, naast het belang van een geïntegreerde aanpak, steeds meer centraal staat in het streven naar goede zorg, is dat het perspectief van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf daarin veel meer leidend moet zijn en dat die zorg vooral de herstelprocessen van mensen zelf moet ondersteunen. Onder andere de *Trendrapportage GGZ* uit 2014 en Over de Brug[23] laten zien dat dit uitgangspunt niet alleen consequenties heeft voor de directe zorgrelatie maar ook voor de organisatie en de aansturing van zorg. In de huidige praktijk vertalen de uitgangspunten van 'herstel-faciliterende zorg' zich onder andere in initiatieven van mensen met ernstige aandoeningen om gezamenlijke ervaringskennis te ontwikkelen en deze over te dragen op anderen (mede-cliënten, hulpverleners), in de doorontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven tot 'herstelacademies', in de vorm van het aanstellen van ervaringsdeskundigen binnen de zorg en in nieuwe werkwijzen van professionals. Onder andere de Trendrapportage GGZ 2014 liet zien dat ook rond het faciliteren van ervaringsdeskundigheid en de verdere ontwikkeling van herstelondersteunende zorg nog veel slagen te maken zijn (Trimbos-instituut, 2014b; zie ook Delespaul e.a., in voorbereiding).

Gemeenschappelijk - en essentieel - aan de bovenstaande uitgangspunten voor goede, geïntegreerde en herstelondersteunende zorg en de initiatieven die daaruit voortkomen, is dat ze domeinoverstijgend zijn; ze passen niet goed in de afzonderlijke kaders van bijvoorbeeld Zvw, Wmo, Participatiewet of Wlz. Voor de benodigde doorontwikkeling is intensieve (regionale) samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties dan ook cruciaal. In het volgende hoofdstuk wordt de stand van zaken in die regionale samenwerking geschetst.

17 Specifiek voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk zijn succesfactoren samengebracht in de methodiek van Individuele Plaatsing en Steun (IPS). IPS is doorgaans ingebed in FACT-teams. Volgens de meest recente schatting blijft implementatie van IPS echter ver achter bij ramingen over benodigde capaciteit (Kenniscentrum Phrenos, 2013; Trimbos-instituut, 2013)
18 Huidige normafspraken liggen op 10 fte voor ten hoogste 150 cliënten.
19 Gegevens van het panel Psychisch Gezien bevestigen dit beeld; zie bijlage C.
20 Onderzoek laat zien dat reguliere crisisdiensten weinig meldingen krijgen over FACT-cliënten (SiRM, 2015,
21 In totaal beschikten alle tot 2015 gecertificeerde FACT-teams samen over een capaciteit van circa 2.300 fte. Ter vergelijking: volgens het CBS telde de GGZ in 2013 circa 67.000 fte aan arbeidskrachten (Trimbos-instituut, 2014b).
22 Relevant in dit verband zijn ook de pilots die op dit moment in voorbereiding zijn onder de noemer van 'de nieuwe GGZ' en waarbij onder andere wordt ingezet op geïntegreerde GGZ-wijkcentra (Delespaul e.a., in voorbereiding).
23 *Over de brug. Plan van Aanpak voor de zorg, behandeling en begeleiding bij ernstige psychische aandoeningen* (Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014).

3.5 Conclusies

De bevindingen in dit hoofdstuk laten zien dat de afbouw van de intramurale GGZ-capaciteit doorzet en dat inmiddels ook een lichte capaciteitsdaling in het beschermd wonen plaatsvindt. Niettemin blijft het aantal personen dat van deze voorzieningen gebruik maakt vooralsnog ongeveer gelijk (ook in de opnamevoorzieningen). Ook wordt nog steeds circa 62% van het budget besteed aan intramurale zorg en beschermd wonen.

De bevindingen laten ook zien dat binnen de Zvw-gefinancierde GGZ een gedeeltelijke intensivering plaatsvindt van de ambulante zorg. Tegelijk roepen ze de vraag op of beschikbare ruimte voor die intensivering volledig wordt benut en of het tempo waarin die intensivering plaatsvindt, tegemoet komt aan wat nodig is om de doelstellingen van het ambulantiseringstraject te realiseren.

Bij de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ gaat het niet alleen om een transitie van middelen maar ook om een transformatie naar een betere zorg. Op organisatorisch en zorginhoudelijk vlak zijn er al langere tijd ontwikkelingen in het veld om te komen tot een meer geïntegreerde, herstelondersteunende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die ontwikkelingen zijn hoopgevend, maar er lijkt nog veel ruimte voor verdere verbeteringen.

4 Regionale samenwerking rond geïntegreerde zorg

4.1 Inleiding

De ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ worden in belangrijke mate op *regionaal* niveau gestalte gegeven. Het is daarbij aan de regionale zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en cliënten- en familieorganisaties om in gezamenlijkheid en in afstemming met andere maatschappelijke voorzieningen, vorm en inhoud te geven aan het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat vraagt om intensieve samenwerking tussen deze partijen (Ministerie van VWS, 2012). Daarbij is die samenwerking vooral ook essentieel omdat de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen om geïntegreerde, herstelondersteunende en daarmee domeinoverstijgende zorg vraagt (Projectgroep Plan aanpak EPA, 2014).

In dit hoofdstuk gaan we in op de stand van zaken en voortgang in de regionale samenwerking rond de totstandkoming van dit geïntegreerde, herstelondersteunende zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Speciale aandacht wordt daarbij besteed aan de nieuwe rol van gemeenten. Belangrijkste bronnen voor dit hoofdstuk zijn een LMA-enquête onder de centrumgemeenten, een kwalitatieve inventarisatie in het kader van de LMA in vijf 'verdiepingsregio's' en resultaten van andere recente onderzoeken naar de ontwikkelingen in het gemeentelijke domein, de langdurige zorg en de regionale samenwerking.[24]

In het vervolg van dit hoofdstuk komen allereerst, in paragraaf 4.2, de gemeentelijke (beleids)ontwikkelingen rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid aan de orde[25]. In paragraaf 4.3 gaan we in op de bevindingen in de verdiepingsregio's. En in paragraaf 4.4 worden op basis van de bevinden uit de deelonderzoeken van de LMA en de overige onderzoeksliteratuur de belangrijkste actuele kansen en risico's voor de regionale samenwerking en de totstandkoming van een geïntegreerd regionaal ondersteuningsaanbod op een rij gezet.

4.2 Beleidsontwikkelingen bij gemeenten

De resultaten van de enquête onder alle centrumgemeenten (respons van 77%) laat zien dat het lokale beleid rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid in veel gemeenten nog volop in ontwikkeling is. Het in goede (administratieve en financiële) banen leiden van de overheveling van de voorheen vanuit de ABWZ gefinancierde GGZ-voorzieningen voor bestaande cliënten en het voorkomen van individuele ongelukken daarbij, hebben in de eerste fase van de decentralisering veel aandacht gekost (en kosten dat in sommige gemeenten nog steeds). De meer inhoudelijke beleidsontwikkeling moet in veel gemeenten nog goeddeels op gang komen. Dat betekent ook, zo laat ander onderzoek zien, dat veel gemeenten in afwachting van die beleidsontwikkeling vooralsnog vooral korte termijn contracten met de zorgaanbieders hebben gesloten (zie GGZ Nederland, 2014, 2015; AEF, 2015b). Die situatie is overigens niet uniek voor de decentralisering van de GGZ. Rond de andere twee grote decentralisaties (Jeugdwet en Participatiewet) is eenzelfde beeld te zien (zie onder andere Aanjaagteam langer zelfstandig wonen, 2015; zie ook BMC 2014, Divosa e.a., 2014).

---

24 Een uitgebreider verslag van de bevindingen van de gemeente-enquête en andere relevante onderzoeksbevindingen over het gemeentelijk domein, zijn te vinden in bijlage E. Van de inventarisatie in de verdiepingsregio's en overige onderzoeksliteratuur over de regionale samenwerking in de zorg (voor mensen met psychische aandoeningen) wordt uitgebreid verslag gedaan in bijlage F.

25 De populatie van 'mensen met een psychische kwetsbaarheid' werd in de gemeente-enquête gedefinieerd als 'mensen die vanwege een (ernstige) psychische aandoening of (ernstige) verslavingsproblematiek niet goed in staat zijn om zonder ondersteuning als volwaardig burger deel te nemen aan de lokale samenleving'.

Voorlopige beleidslijnen

Eén en ander neemt niet weg dat tussen gemeenten inmiddels ook de nodige verschillen bestaan in de mate waarin de beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid tot dusverre gevorderd is. Waar die beleidsontwikkeling al wat verder op streek is, kan grofweg een onderscheid gemaakt worden in gemeenten die kiezen voor een aparte beleidsontwikkeling voor de 'GGZ-doelgroep' en gemeenten die nadrukkelijk afzien van een 'doelgroepenbeleid' en die de ondersteuning van, onder andere, mensen met een psychische kwetsbaarheid onderdeel laten zijn van breder beleid voor bredere doelgroepen. Dat uit zich in het al dan niet aanwezig zijn van (voornemens tot) een separaat beleidsplan voor de ondersteuning van deze populatie en in de mate waarin er specifieke aandacht bestaat voor de doelgroep binnen andere beleidsdomeinen; maar het komt ten dele ook tot uiting in de plannen met betrekking tot de overgeheveld GGZ-voorzieningen.

De algemene tendens daarbij is dat een overgrote meerderheid van de gemeenten het BW vooralsnog als doelgroepspecifieke voorziening in stand wil houden. Met betrekking tot de gespecialiseerde ambulante begeleiding maar met name met betrekking tot de dagbestedings- en inloopvoorzieningen wordt echter ook naar andere opties gekeken. Veel gemeenten zijn van plan om met name de dagbestedings- en inloopvoorzieningen te vervangen door (of de gebruikers ervan door te verwijzen naar) non-categorale, door sommige als 'gebiedsgericht' aangeduide voorzieningen[26]. Eén en ander strookt ook met beeld zoals dat uit de *Monitor Voortgang Wmo* van GGZ Nederland naar voren komt over de door de GGZ-instellingen verwachte volumeontwikkelingen. Daarin meldt slechts een klein aantal GGZ-instellingen een afname van het volume BW te verwachten, althans voorlopig (ook de gemeenten maken nauwelijks melding van afbouwplannen, althans niet voor de korte termijn), maar voorziet 60% van de GGZ-instellingen een afname van het volume gespecialiseerde ambulante begeleiding en meldt 60% dagbestedings- en inlooplocaties te gaan sluiten of al te hebben gesloten (GGZ Nederland, 2014, 2015a; zie ook AEF, 2015b).

Samenwerking en regie

Ook rond de uitvoeringsregie in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid verkeren veel gemeenten nog in een oriëntatiefase, maar maken enkele andere al een wat meer expliciete keuze. In dat laatste geval blijkt veelal het sociale wijkteam te worden aangewezen als regievoerder. Belangrijk in dat verband is dat ander recent onderzoek laat zien dat ook de ontwikkeling van de wijkteams in de meeste gemeenten nog in een beginfase verkeert. Uit een inventarisatie van Movisie blijkt dat eind 2014 het meest voorkomende aantal teams per gemeente één team is (vaak ook nog in de vorm van een pilot); grotere gemeenten hebben doorgaans meer teams, maar nog vrijwel nergens werken de teams gemeentedekkend (terwijl er ook gemeenten zijn waar (nog) helemaal niet met sociale wijkteams wordt gewerkt; Movisie, 2015). De inventarisatie van Movisie en ook andere, eerdere onderzoeken laten ook zien dat er grote verschillen bestaan in samenstelling, aansturing, taakomschrijving, doelgroep, regievoering, omvang en adherentiegebied van de teams (zie o.a. Divosa, Movisie, 2014, Platform31, 2014). In veel gevallen moeten handelingsbereik, bevoegdheden, verantwoordingsrelaties en financieringsrelaties nog vastgesteld worden (zie ook Winter, 2015). Extra uitdaging daarbij is dat veel verschillende financieringskaders een rol spelen en dat de medewerkers van de teams doorgaans in dienst blijven van de eigen moederorganisatie.

Voor wat betreft de regie op beleids- en bestuurlijk niveau wordt onder andere in het landelijke Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen ('Over de brug', Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014) krachtig gepleit voor een regionale regiegroep, specifieke gericht op de gezamenlijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen en in ieder geval bestaande uit de gemeente, zorgverzekeraars, instellingen en cliëntenorganisaties. Ook in dit opzicht staan de ontwikkelingen in veel regio's nog maar net (of soms ook nog helemaal niet) in de steigers: de enquêteresultaten laten enerzijds zien dat in een aantal gemeenten / regio's inderdaad een dergelijke regiegroep is ingesteld, maar ze laten ook zien dat een meerderheid van de gemeenten vooralsnog geen plannen in die richting heeft. Wel bestaan in veel gemeenten bredere beleidsmatige en bestuurlijke overlegstructuren over zorg en welzijn in hun volle breedte. In hoeverre daarin de ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid ook expliciet aan bod komt, is niet duidelijk.

26 Vandaaruit valt mogelijk ook de bevinding uit onderzoek van het AEF te duiden dat met name rond 'inloop GGZ' de afgesloten contracten vaak kortdurend zijn (AEF, 2015b).

Opvang en participatie

De enquêteresultaten laten tot slot zien dat de gemeentelijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid vooralsnog vooral wordt gerelateerd aan de 'opvang'-thema's als beschermd wonen, maatschappelijke opvang, OGGZ en inmiddels ook de opvang van 'verwarde personen'[27] en minder aan thema's als werk, onderwijs, participatie en herstel. Andere bronnen laten een vergelijkbare tendens te zien bij de sociale wijkteams. Zo laat onderzoek van Divosa en Movisie in 2014 zien dat het accent van de sociale wijkteams veel meer ligt op zorg dan op participatie (Divosa, Movisie, 2014). Uit de recente inventarisatie van Movisie komt naar voren dat slechts 8% van de gemeenten het vergroten van de participatie als kerntaak van de sociale wijkteams beschouwt (Movisie, 2015). Belangrijk aandachtspunt is daarbij ook dat het participatiebudget van gemeenten in de periode 2009-2014 met bijna twee derde is gedaald terwijl het aantal bijstandsuitkeringen in die periode voortdurend is gestegen (Divosa, 2014b, 2014c). Sociale diensten leggen als gevolg daarvan de focus steeds meer op de ondersteuning van mensen met een relatief korte afstand tot de arbeidsmarkt, aldus Divosa.

4.3 Regionale samenwerking in vijf verdiepingsregio's

Onderdeel van de LMA is een periodieke inventarisatie van de stand van zaken en voortgang in de samenwerking rond de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in vijf verdiepingsregio's[28]. Deze vijf verdiepingsregio's zijn: Midden-Brabant (verzorgingsgebied GGZ Breburg[29]); Oost Gelderland (verzorgingsgebied GGNet); Stad Den Haag (onderdeel verzorgingsgebied Parnassia); Friesland (verzorgingsgebied GGZ Friesland) en Midden-Westelijk Utrecht (verzorgingsgebied Altrecht). In 2015 heeft een eerste inventarisatie plaatsgevonden door middel van een serie interviews met vertegenwoordigers van de belangrijkste GGZ-instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenorganisaties in de respectievelijke regio's[30].

Verschillende posities

De inventarisatie laat in de eerste plaats zien dat posities van de partijen binnen het regionale veld verschillen. Betrokkenheid van zorgverzekeraars met de regionale ontwikkelingen worden doorgaans aangestuurd vanuit het landelijke beleid en de landelijke doelstellingen van de betreffende verzekeraar. Daarbij oriënteert elke zorgverzekeraar zich primair op de regio's waar men een groot marktaandeel heeft. Gemeenten beschikken over een grote eigen beleidsruimte, maar die beperkt zich tot de voorzieningen in de eigen gemeente. De geïntegreerde GGZ-instellingen zijn doorgaans afhankelijk van een groot aantal financiers, maar beschikken door een brede 'portfolio' ook over de nodige manoeuvreerruimte. Vooral sommige RIBW's verkeren momenteel, in hun sterke afhankelijkheid van gemeenten, in een relatief onzekere positie, met soms nog veel vragen rond toekomstige doelgroepen en capaciteit van de BW-voorzieningen, de toekomst van de ambulante begeleiding, maar ook de aanbestedingsprocedures van sommige gemeenten. Een enkele RIBW heeft inmiddels als gevolg van een verloren aanbesteding de cliënten en medewerkers van de ambulante begeleiding moeten overdragen aan een andere, nieuwe aanbieder.

Visie-ontwikkeling

Ondertussen oriënteren alle partijen zich op de toekomst van de eigen organisatie en van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in het nieuwe stelsel. Daarbij doen zich aanzienlijke fase-verschillen in die visie-ontwikkeling voor, al heeft geen van de partijen tot dusverre een volledig 'af' en uitgekristalliseerd toekomstbeeld over het toekomstige zorglandschap, noch qua capaciteit, noch qua organisatie van

27 Gemeenten hebben een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het landelijke Plan van Aanpak 'verwarde personen' (Ministerie van VWS, 2015). In bijlage G wordt een uitgebreide analyse gemaakt van de signalen over een mogelijke toename van 'verwarde personen'.

28 Criteria voor de keuze van deze regio's zijn onder andere: een goede geografische spreiding over het land; vertegenwoordiging van rurale en stedelijke regio's; een goede spreiding in termen van marktaandelen van de grote zorgverzekeraars in de regio's.

29 Nederland kent geen formele regio-indeling voor (de samenwerking in) de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook voor de GGZ-instellingen gelden geen formeel afgebakende verzorgingsgebieden. Wel zijn op basis van afspraken uit het verleden en actuele geografische spreiding van voorzieningen, op hoofdlijnen nog steeds de verzorgingsgebieden van de meeste grote, geïntegreerde GGZ-instellingen af te bakenen. Voor de geografische aanduiding van verdiepingsregio's is - met uitzondering van de regio Stad Den Haag - steeds gekozen voor het verzorgingsgebied van de grootste GGZ-aanbieder in de regio.

30 In de regio Oost Gelderland startte deze inventarisatie al in 2014 in het kader van een regionaal traject.

die zorg. Voor zover toekomstvisies wat verder geprofileerd zijn, lijken ze op een aantal hoofdlijnen te congrueren, bijvoorbeeld rond het belang van invoeging van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in wijknetwerken. Ook maakt geen van de organisaties bezwaar tegen de doorontwikkeling van herstelondersteunende zorg. Maar er zijn ook nog veel verschillen, onder andere met betrekking tot de toekomst van het beschermd wonen (wel of geen afbouw), maar ook rond de doorontwikkeling en organisatie van de ambulante zorg (capaciteit en financiering van FACT, de positie van de ambulante begeleiding, de potentiële rol van sociale wijkteams, doorontwikkeling naar geïntegreerde GGZ-wijkcentra).

Samenwerking

In elk van de verdiepingsregio's vindt op bilateraal niveau, soms intensieve en soms minder intensieve, samenwerking plaats tussen de verschillende partijen, zowel op uitvoeringsniveau als in de relatie aanbieder-financier. GGZ-instellingen hebben veelal meerjaren(productie)afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars rond de beddenafbouw, maar niet rond de ambulante opbouw. Met gemeenten bestaan dergelijke meerjarenafspraken nog niet. Onderlinge samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten lijkt over het algemeen nog in de kinderschoenen te staan, maar is her en der in ontwikkeling, bijvoorbeeld in de vorm van convenanten. Overigens is ook de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling beperkt, mede op geleide van wettelijke bepalingen tegen onderlinge samenwerking, zo luidt het.

Ondertussen zijn er aanzienlijke regionale verschillen in de mate waarin *gezamenlijk* regionaal overleg tussen instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenorganisaties over de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen tot stand komt en geformaliseerd is. In drie van de vijf regio's ontbreekt een dergelijk overleg. In twee daarvan wordt er wel over gedacht (met name de gemeenten Tilburg en Den Haag overwegen om daarin voor de eigen regio het voortouw te nemen), maar zijn er nog geen concrete plannen. De twee voorlopers wat betreft de gezamenlijke regionale visieontwikkeling op de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn de regio's Midden-Westelijk Utrecht en de regio Oost-Gelderland.

In Oost-Gelderland is in 2013 een regionaal samenwerkingstraject gestart. Deelnemers zijn vijf GGZ-aanbieders, de twee (in een latere fase drie) belangrijkste zorgverzekeraars in de regio en de gemeente Apeldoorn (mede namens omliggende gemeenten)[31]. Het samenwerkingstraject heeft medio 2015 geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument en een gezamenlijke ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio (Trimbos-instituut, 2015c). In de ontwikkelagenda worden ambities uitgesproken rond capaciteit en kwaliteit van de toekomstige zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio, maar ook met betrekking tot een aantal randvoorwaarden (toegankelijkheid van betaalbare woningen, ondersteuning cliëntgestuurde voorzieningen, organiseren van afstemming en regie). Overigens is tegelijk met het vaststellen van het visie-document de bestaande overlegstructuur beëindigd. Motieven daarvoor waren de wens om over te gaan tot besprekingen op een kleiner geografisch niveau en de wens van enkele financiers om daarin zelf nadrukkelijker de regie ter hand te nemen.[32]

In de regio Midden-Westelijk Utrecht is eind 2014, op initiatief van zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de regionale Taskforce EPA opgericht, waarin de belangrijkste regionale partners participeren (met dien verstande dat van de zorgverzekeraars uitsluitend Zilveren Kruis zelf in de projectgroep participeert). Ook in deze regio is inmiddels een gezamenlijk visiedocument opgesteld. Anders dan in Oost-Gelderland wordt in dit visiedocument nog geen brede ontwikkelagenda voor de komend jaren vastgesteld. Wel worden - eveneens anders dan in Oost-Gelderland - een aantal concrete pilots in het leven geroepen, met name rond FACT nieuwe stijl - met onder andere respijtbedden in de wijk - en herstelacademies. De intentie is om al lerend van de ervaringen in de pilots de samenwerking verder gestalte te geven (Taskforce EPA, 2015a, 2015b).

Belemmeringen

Deelnemers aan de samenwerkingstrajecten in Oost-Gelderland en Midden-Westelijk Utrecht zijn goed te spreken over de samenwerking tot dusver. Tegelijk wordt vastgesteld dat het een complexe uitdaging is om

31 Andere gemeenten zijn ook (meermalen) uitgenodigd maar hebben tot dusverre niet in het traject geparticipeerd.
32 Bij het schrijven van dit rapport was nog niet bekend voor welke nieuwe samenwerkingsstructuur wordt gekozen.

die samenwerking ook te laten renderen. Ook in de andere regio's wordt gewezen op een aantal structurele belemmeringen voor een effectieve samenwerking. We noemen de belangrijkste:

- Zeer veel partijen, elk met eigen geografische werkgebieden, zijn inmiddels bij de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen betrokken. Dat maakt het samenwerkingsproces erg ingewikkeld.
- Het complexe speelveld en soms ook het beperkte mandaat van de directe gesprekspartners, maakt dat betrokkenen niet goed in de gelegenheid zijn om over de directe eigen belangen heen te stappen (ook waar wordt ingezien dat dat nodig kan zijn).
- Visies en aanpak van de financiers verschillen onderling - ook van de zorgverzekeraars onderling en van gemeenten onderling. Daarbij is elke zorgverzekeraar georiënteerd op afspraken voor eigen verzekerden en elke gemeente voor de eigen lokale bevolking.
- Waar intenties tot samenwerking bestaan, werken schotten tussen verschillende financieringskaders en uiteenlopende regelgeving binnen die kaders, belemmerend. Idem wettelijke belemmeringen voor samenwerking (AFM, ACM).
- Er is een spanningsveld tussen enerzijds de behoefte aan bewegingsruimte en flexibiliteit in het veld en anderzijds de controlebehoeften en verantwoordingsvereisten vanuit de financiers. Mogelijkheden tot schuiven met middelen zijn beperkt. (Financiële) experimenteerruimte ontbreekt.

Het algemene beeld dat uit de eerste inventarisatie in de verdiepingsregio's naar voren komt, is dat de regionale samenwerking in de ontwikkeling van het zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de meeste regio's tot dusverre vooral een bilaterale aangelegenheid is, met vooralsnog een sterk accent op praktische afspraken. Bredere en meer gestructureerde samenwerking rond de ontwikkeling van een toekomstvisie en een toekomstig zorglandschap lijkt op veel plaatsen nog in de kinderschoenen te staan, met enerzijds een aantal voorlopers en anderzijds regio's waar überhaupt geen plannen in deze richting bestaan. De bevindingen in de vorige paragraaf wijzen er op dat, landelijk gezien, deze laatste situatie vooralsnog de overhand heeft. Ondertussen wordt gesignaleerd, ook door de voorlopers, dat de uitvoering van een gezamenlijke agenda nog een forse uitdaging is, gezien de uiteenlopende belangen, financieringskaders en andere gesignaleerde knelpunten. Andere bronnen bevestigen dit beeld (GGZ Nederland, 2014; GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang; 2015a, 2015b; BMC, 2014; *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen*, 2015).

4.4 Kansen en risico's voor geïntegreerde zorg

De huidige stand van zaken in de regionale samenwerking rond de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is voor een deel te verklaren vanuit de vroege fase waarin de transities verkeren. In de verdiepingsregio's stellen enkele geïnterviewden ook vragen bij de noodzaak van een gezamenlijke beleidsontwikkeling. Veel van de inhoudelijke transities zullen vooral 'van onderop' moeten komen en komen dat ook al, zo wordt gesignaleerd. In die zin zou beleidsmatige samenwerking mogelijk niet meer dan faciliterend zijn.

Toch wijzen velen ook op de risico's van een onvoldoende van de grond komen van die samenwerking en van een te afwachtende houding in deze, ook op het niveau van de systeemverantwoordelijkheid. "De integrale aanpak heeft tijd nodig. Maar de nieuwe situatie is al wel begonnen," aldus het *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen*, 2015). En waar de motieven voor de transities gelegen zijn in een verbetering van de zorg en in de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, kan volgens sommigen niet worden uitgesloten dat bij het achterblijven van intensieve samenwerking in de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap, het risico bestaat dat die verbeteringen uitblijven of de kwaliteit van de zorg juist verslechtert.
Afgaande op de signalen vanuit de verdiepingsregio's, maar ook vanuit andere bronnen, zijn die risico's op dit moment vooral gelegen in een versnippering van de zorg en het zorgsysteem, discontinuïteit, zorgverschraling in brede zin en gebrekkige ondersteuning op het gebied van participatie in het bijzonder. We lichten de gesignaleerde risico's kort toe.

Integrale zorg versus versnippering
Al lang wordt met betrekking tot de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen - gezien de veelal meervoudige problematiek en zorgbehoeften en op basis van de wetenschappelijke inzichten - gepleit voor *integrale* zorg. Wanneer de vele verschillende partijen hun eigen koers blijven varen, zal het realiseren daarvan moeilijker worden en neemt het risico van versnippering en fragmentatie van de zorg toe, ook in de individuele zorgtrajecten. Ondertussen loopt ook de zorgvernieuwing in de praktijk het risico een willekeurig en fragmentarisch karakter te krijgen. Nederland telt vele proeftuinen en pilots, maar het doorvoeren van structurele innovaties blijkt moeilijk (zie onder andere GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, 2015b).

Continuïteit versus discontinuïteit
Ook continuïteit is een belangrijk principe van goede zorg voor mensen met langdurende problemen en meervoudige ondersteuningsbehoeften. Tegelijk is continuïteit van beleid belangrijk om op operationeel niveau tot een samenhangende zorginfrastructuur te komen. Inkoopcontracten van één of maximaal twee jaar zijn momenteel echter de regel (zie ook NZA, 2014a; RIVM, 2014, 2015). Een focus op kortdurende contracten en aanbestedingsprocedures en het uitblijven van meerjarige, structurele samenwerkingsafspraken geeft ook risico's voor de continuïteit binnen individuele zorgtrajecten en voor de totstandkoming van een duurzame regionale zorginfrastructuur.

Ambulante opbouw versus ambulante zorgverschraling
Waar het door de veelheid van belangen van de - ten dele met elkaar concurrerende partijen - te ingewikkeld is om tot gezamenlijke investeringen ten behoeve van gezamenlijke opbrengsten te komen (meer participatie, meer herstel en meer gezondheid van mensen met psychische aandoeningen), dreigt het risico van een vertraging/stagnatie van de ambulante opbouw. Naarmate risicodragendheid voor zorgverzekeraars in de toekomst toeneemt en budgetten krimpen, nemen ook risico's van afwenteling en uiteindelijk zorgverschraling toe, zo luidt het.

Ondersteuning bij participatie versus verdergaande exclusie
Sociale inclusie en participatie vormen de inhoudelijke kernmotieven achter de transities. Bij het uitblijven van structurele samenwerking in de ontwikkeling van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, lopen vooral deze doelstellingen risico's. Die risico's zijn met name gelegen in het achterwege blijven van *geïntegreerde* ondersteuning bij de psychische, sociale en maatschappelijk uitdagingen waar mensen met psychische aandoeningen voor staan (zie onder andere Divosa, 2014d; Economist Intelligence unit, 2014; OECD, 2015); in afwentelingsrisico's (ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen vaak op het zeer brede en diffuse grensvlak van zorg en participatie) en per saldo in een te eenzijdige focus bij de financiers op de opvangkant van de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Kansen

Risico's zijn bij omvattende transities als rond de langdurige GGZ onvermijdelijk. Ondertussen laat de inventarisatie in de verdiepingsregio's zien dat er ook kansen liggen. Zo genereren de transities erg veel momentum, op diverse fronten. Daarbij zijn met name de inzet en de goede wil van alle direct betrokkenen doorgaans zeer groot, zowel van de zijde van de aanbieders, als die van gemeenten en zorgverzekeraars. Belangrijkste vraag is of de randvoorwaarden aanwezig zijn om die kansen te verzilveren. In dat opzicht wordt gesignaleerd dat de ontwikkelingen naar een kantelpunt lijken te bewegen, waarbij die randvoorwaarden mede bepalen of doelstellingen van integrale zorg, continuïteit, verdere ambulante opbouw en sociale inclusie gerealiseerd gaan worden of dat de risico's van versnippering, discontinuïteit, zorgverschraling en verdergaande exclusie de overhand krijgen.

Een centrale vraag die daarbij zowel in inventarisatie in de verdiepingsregio's als uit de literatuur opduikt, is in hoeverre met name op systeemniveau de randvoorwaarden aanwezig zijn voor een 'kanteling' ten positieve. In dat verband worden vooral kanttekeningen geplaatst bij het inmiddels zeer complexe speelveld – met een groot aantal partijen die ieder voor zich voor de opgave staan het financiële hoofd boven water te houden - bij het ontbreken van systeemprikkels ten faveure van integrale zorg en ambulante opbouw en bij het ontbreken van een gemandateerde regionale regievoerder en een landelijk referentiekader voor het gewenste

toekomstige zorglandschap. In de verdiepingsregio's wordt door sommigen, waaronder vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, de vraag opgeworpen op of het huidige, ten dele sterk gedecentraliseerde en ten dele concurrentiële - en daarmee de facto sterk gefragmenteerde - systeem geschikt is voor de aansturing en bekostiging van de (integrale) ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Vergelijkbare signalen, maar dan zorgbreed, komen onder andere vanuit de *Landelijke Monitor Proeftuinen* van de RIVM (RIVM, 2015; zie ook Baan e.a., 2014), maar bijvoorbeeld ook van het IBMG (IBMG, 2015). Daarbij pleit het IBMG ervoor om vooral voor diegenen met meer meervoudige ondersteuningsbehoeften nadrukkelijker te gaan zoeken naar wegen om te komen tot 'ontschotting', tot positieve prikkels voor samenwerking, integrale zorg en preventie, tot het tegengaan van afwenteling en tot een stelsel dat onderling vertrouwen genereert in plaats van ondermijnt. Daarbij doet het IBMG voor een deel een appel op de actoren in het veld zelf, bijvoorbeeld door toch nadrukkelijker de mogelijkheden te verkennen van meerjarencontracten en door te koersen op stabiliteit in het langetermijnbeleid. Maar het IBMG doet, met anderen, ook een appel op de landelijke overheid.

4.5 Conclusies

In de regio's wordt door alle partijen veel tijd gestoken in de onderlinge afstemming en samenwerking, wellicht meer dan ooit. Tegelijk lijkt het voor het realiseren van de ambities van de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ, nodig om een aantal actuele belemmeringen in die samenwerking weg te nemen en te bezien welke landelijke impulsen gegeven kunnen worden aan een meer samenhangende en geïntegreerde aansturing en ontwikkeling van het (toekomstige) regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Afgaand op signalen vanuit de verdiepingsregio's en vanuit andere bronnen kunnen die impulsen bestaan uit het wegnemen van wettelijke belemmeringen tegen regionale samenwerking,
het bijdragen aan de totstandkoming van een eenduidige geografische regio-indeling, de coördinatie en ontwikkeling van gezamenlijke referentiekaders voor de ambulante opbouw en de ontwikkeling van een stimuleringsfonds (eventueel te financieren uit de beddenafbouw) voor de ontwikkeling en implementatie van good practices op het gebied van regionale samenwerking, integrale zorg en ondersteuning bij participatie en herstel.

Daarnaast zou met name het faciliteren van een meer geïntegreerde bekostiging op de landelijke beleidsagenda kunnen worden geplaatst, zo luidt het. Mogelijkheden zouden verkend kunnen worden van één integraal (regionaal) budget, eventueel te beginnen met een gezamenlijk budget voor specifieke onderdelen van de zorg (ondersteuning bij participatie) en uit te bouwen naar integrale zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In essentie gaat het daarbij om het bijeen brengen van de voor die integrale zorg benodigde middelen vanuit verschillende bronnen onder één regievoerder, hetzij op individueel niveau (persoonsvolgend) hetzij op groepsniveau. Een dergelijk traject vraagt om een boven de regionale partijen staande landelijke regievoerder met doorzettingsmacht.

5 Samenvatting en slotbeschouwing

5.1 Samenvatting

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities zijn de (al eerder ingezette) ambulantisering en de (in 2015 doorgevoerde) hervorming van de langdurige GGZ. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Doelstelling van de monitor is om zicht te bieden op de ontwikkelingen die zich vanaf 2015 en de daaropvolgende jaren - vooralsnog tot en met 2018 - als gevolg van het ambulantiseringsbeleid en de hervorming van de langdurige GGZ voordoen in:

- de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, kwaliteit van leven, participatie en zelfredzaamheid van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen;
- de capaciteit, de organisatie en het gebruik van intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen;
- de totstandkoming van een samenhangend en geïntegreerd beleid rond de zorg en ondersteuning van de doelgroep op *regionaal* niveau;
- bevorderende en belemmerende factoren voor de voortgang en de effectiviteit van de transities.

Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het eerste meetjaar van de monitor. De resultaten zijn gebaseerd op een tweetal peilingen onder het panel Psychisch Gezien (circa 2000 mensen met langdurige psychische problemen), een landelijke uitvraag bij GGZ-aanbieders, een enquêteonderzoek onder centrumgemeenten, een kwalitatief onderzoek in vijf 'verdiepingsregio's' en een inventarisatie en analyse van andere monitor- en onderzoeksrapportages.

De resultaten laten zien dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen willen deelnemen aan de samenleving en willen participeren in meer of minder formele sociale netwerken. Vooral onder de jongeren is die wens groot, ook als het gaat om betaald werk. Voor velen blijft de realiteit momenteel echter nog steeds (ver) achter bij die wensen, ondanks de ondersteuning die de meesten (op onderdelen) ontvangen vanuit de professionele zorg maar ook vanuit het eigen, informele netwerk. Mensen met ernstige psychische aandoeningen onderschrijven dan ook in overgrote meerderheid de inhoudelijke doelstellingen van de transities in de GGZ en van het ambulantiseringstraject - meer en betere ambulante zorg en meer mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie. Wel is er onder mensen met ernstige psychische aandoeningen zorg over de vraag of die ambulante uitbreiding en die mogelijkheden er ook daadwerkelijk komen.

Wat betreft het ambulantiseringstraject zelf laten de bevindingen van deze eerste monitorronde zien dat de in de afgelopen jaren ingezette afbouw van de intramurale GGZ-capaciteit in ieder geval doorzet en dat inmiddels ook een lichte capaciteitsdaling in het beschermd wonen plaatsvindt. Niettemin blijft het aantal personen dat van deze voorzieningen gebruik maakt vooralsnog ongeveer gelijk (ook in de opnamevoorzieningen). Ook wordt nog steeds circa 62% van het budget besteed aan intramurale zorg en beschermd wonen. De bevindingen laten ook zien dat binnen de Zvw-gefinancierde GGZ een gedeeltelijke intensivering plaatsvindt van de ambulante zorg. Tegelijk roepen ze de vraag op of beschikbare ruimte voor die intensivering volledig wordt benut en of het tempo waarin die intensivering plaatsvindt tegemoet komt aan wat nodig is om de doelstellingen van het ambulantiseringstraject te realiseren.

Op organisatorisch en zorginhoudelijk vlak zijn er al langere tijd ontwikkelingen in het veld om te komen tot een meer geïntegreerde, herstelondersteunende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die ontwikkelingen zijn hoopgevend, maar veel bronnen wijzen erop dat forse impulsen nodig zijn om structurele en blijvende vooruitgang te boeken, met name op die gebieden waar de ondersteuning het meest gewenst is: psychologische hulp en ondersteuning bij het vinden en behouden van werk of opleiding.

Ten slotte laten de bevindingen zien dat er op regionaal niveau veel tijd wordt geïnvesteerd in onderlinge afstemming, maar ook dat het regionale speelveld en de regionale aansturing van de zorg als gevolg van de opeenvolgende hervormingen van het zorgstelsel inmiddels zeer complex zijn geworden. Gezamenlijk overleg

van zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is nodig om de voorwaarden te realiseren voor de totstandkoming van een geïntegreerd, herstelondersteunend regionaal zorglandschap, maar een dergelijke structurele samenwerking blijft in de meeste regio's nog uit. Ook waar wel intensiever wordt samengewerkt, wordt gewaarschuwd voor het risico dat partijen door het complexe speelveld aan belangen en bij het ontbreken van een vanzelfsprekende (en eindverantwoordelijke) regievoerder in een patstelling raken. Daarmee zijn ook risico's van afwenteling en van fragmentatie reëel.

Gevoegd bij een aantal andere ontwikkelingen (verslechterende inkomenspositie van mensen met chronische aandoeningen, fors afgenomen gemeentelijke budgetten voor ondersteuning bij maatschappelijke participatie, tekorten aan geschikte en betaalbare woningen) en niettegenstaande de goede wil bij alle betrokkenen, roepen de eerste monitorresultaten met name de vraag op in hoeverre de systeemvoorwaarden en de maatschappelijke voorwaarden aanwezig zijn om substantiële vooruitgang te boeken in het realiseren van 'volwaardig burgerschap' voor mensen met ernstige psychische aandoeningen maar ook om risico's van versnippering, discontinuïteit, zorgverschraling en verdergaande sociale exclusie te vermijden.

5.2 Slotbeschouwing

De aandacht in politiek en media voor de transities en de ambulantisering van de GGZ lijkt momenteel sterk gericht op de vraag of er als gevolg van deze ontwikkelingen geen zaken drastisch mis gaan. Berichtgeving en debatten rond een toename van 'verwarde personen' zijn daar een voorbeeld van. Kanttekeningen zijn te plaatsen bij die vermeende toename zelf en bij de stigmatiserende effecten van de framing die in de berichtgeving plaatsvindt van 'meldingen' naar 'overlast/gevaar' en van 'verwarde of overspannen personen' naar 'psychiatrische patiënten'. Afgezien daarvan lijkt aandacht voor de mogelijke verbeteringen in de ondersteuning bij en het voorkomen van persoonlijke crisissituaties (al langer) nodig en zinvol, ook als het gaat om mensen met psychische aandoeningen. Veldpartijen hebben daar in een ronde tafelgesprek van de tweede kamer d.d. 18 mei 2015 al verschillende suggesties voor aangedragen (zie ook bijlage G). Inmiddels pakt het 'Aanjaagteam verwarde personen' één en ander verder op.

De focus op potentiële misstanden draagt echter ook het risico in zich dat, zodra zaken rond onder andere de samenwerking in de crisisopvang verbeteren, de opdracht als 'geslaagd' en 'voltooid' wordt beschouwd en de ambities van het ambulantiseringstraject zelf worden vergeten. Die ambitie luidde immers niet zozeer te voorkomen dat zaken mis gaan maar te zorgen dat dingen verbeteren; dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer en betere ondersteuning krijgen bij hun persoonlijke en maatschappelijke herstel en meer in de gelegenheid worden gesteld om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden. Vasthouden van deze focus en nog nadrukkelijker inzetten op deze doelstellingen is essentieel als het gaat om de belangen van mensen die al een lange geschiedenis van psychische aandoeningen hebben, maar vooral ook voor nieuwe generaties van mensen met een psychische kwetsbaarheid, bij wie de hoop en ambitie om deel te kunnen nemen aan de samenleving nog onverminderd groot zijn.

Vanuit het veld zelf worden al vele aanzetten gedaan. De bevindingen in deze eerste monitorrapportage pleiten ervoor om ook op landelijk niveau nog nadrukkelijker in te zetten op het creëren van de voorwaarden voor het realiseren van deze inhoudelijke ambities van de transities. Deze monitorrapportage is niet de plek voor een uitputtende opsomming van mogelijke maatregelen. Wel zijn op geleide van de monitorbevindingen drie mogelijke hoofdlijnen te noemen:

- Bezien wat vanuit de systeemverantwoordelijkheid nodig en mogelijk is om tot een vereenvoudigd regionaal speelveld en een eenduidiger, geïntegreerde aansturing te komen van de ontwikkeling van het regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- Inhoudelijke impulsen aan de transities bieden door middel van de ontwikkeling van een gezamenlijk, richtinggevend inhoudelijk kader voor het toekomstige zorglandschap van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Als voorbeeld kunnen pilotplannen dienen die momenteel in voorbereiding zijn rond een 'nieuwe, geïntegreerde GGZ', met als belangrijkste pijlers een breed geoutilleerd, nauw met andere (wijk)voorzieningen samenwerkend GGZ-wijkcentrum, een centrale rol voor ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid en, in nauwe samenhang daarmee, een forse doorontwikkeling van de digitale mogelijkheden tot onderlinge 'community support' (Delespaul e.a., in voorbereiding).

- Nadrukkelijker regie voeren in de totstandkoming van ‘flankerend beleid’, ofwel in de totstandkoming van de maatschappelijke voorwaarden voor de participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daarbij gaat het met name om actieve beleidsontwikkeling rond een betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van de woningmarkt en (ondersteuning op) de arbeidsmarkt en rond het tegengaan van stigmatisering en discriminatie.

Bijlage A
Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Nic Vos de Wael – Landelijk Platform GGZ
Maarten Oosterkamp – GGZ Nederland
Eta Mulder – RIBW Alliantie
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Rina Beers – Federatie Opvang
Elsbeth de Ruijter – GGZ Ingeest, NVVP
Martijn Kole – Enik, Lister
José Manshanden – Gemeente Utrecht
Rob Laane – Zorgverzekeraar VGZ
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Hans Kroon – Trimbos-instituut

Bijlage B
Deelonderzoek Panel Psychisch Gezien - Leefsituatie en ontvangen zorg

L. Hulsbosch
C. Place
W. Oele
H. Michon

Inhoud

1 Inleiding

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een groot, landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Voorbeelden van aanhoudende en ernstige psychische problematiek zijn:
- schizofrenie en stoornissen in het psychosespectrum;
- bipolaire stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- verslavingsstoornissen;
- een zogeheten dubbele diagnose (verslaving in combinatie met een andere psychische stoornis)

Ook mensen die niet in één van de bovenstaande categorieën vallen, maar wel in het dagelijks leven beperkingen ondervinden van (de symptomen van) een aanhoudende psychische aandoening behoren tot de doelgroep van het panel. Deelname aan het panel is overigens niet voorbehouden aan mensen die cliënt zijn van een GGZ-instelling. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel minimaal 18 jaar oud zijn.

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:
a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en vermaatschappelijkingproces van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.
b. Peilen van de opinies en voorkeuren van cliënten rond actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (GGZ-kwesties; Wmo; publieke discussies rond ernstige psychische problematiek; et cetera).
c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

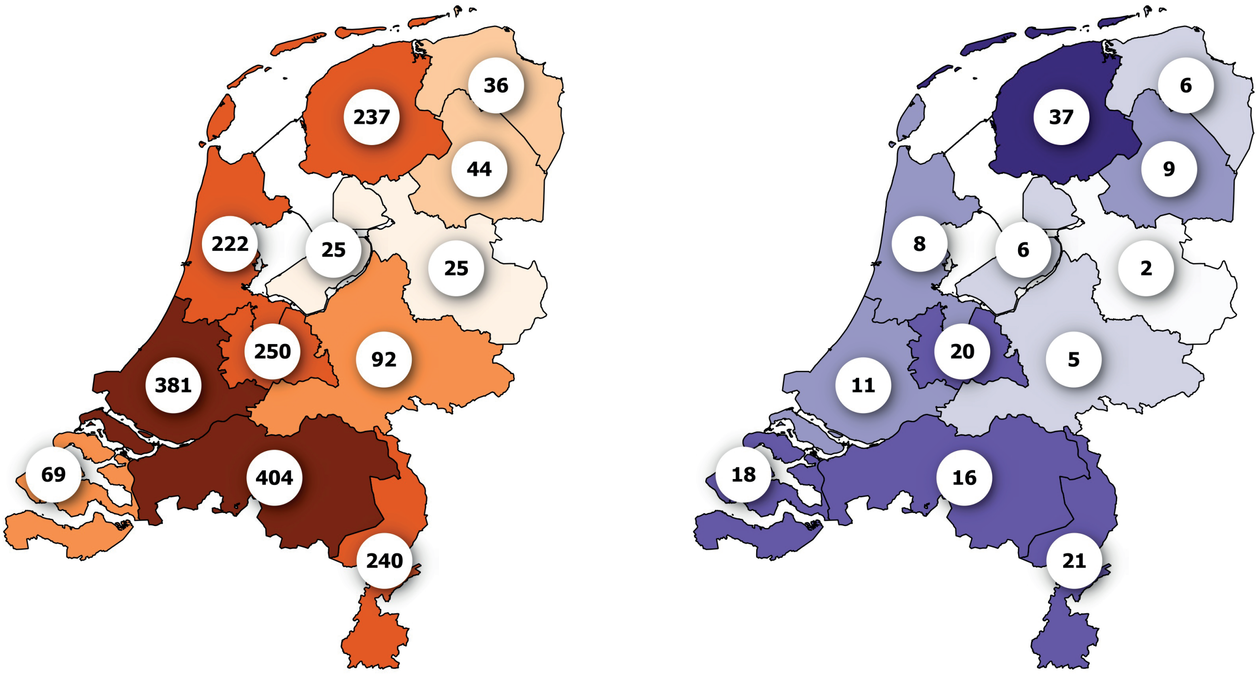
De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes onder de leden. In principe wordt twee keer per jaar een enquête uitgezet, waarbij panelleden - al naar gelang hun voorkeur – online, schriftelijk of met behulp van een interviewer de vragen kunnen invullen. Naast de terugkerende enquêtes wordt incidenteel aanvullend onderzoek gedaan, waarbij een steekproef uit de groep panelleden wordt getrokken, of waarbij een strategisch geselecteerde groep wordt benaderd. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet.

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden[1]. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden geraakt aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Intramurale LGGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014–juni 2015 een wervingsactie plaats gevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Instellingen die hieraan hun medewerking hebben verleend, waren: Mondriaan, GGZ Breburg, GGZ Friesland, HVO Querido, Rivierduinen en Altrecht, Emergis, Centrum voor GGZ, GGNet, Kwintes, Leger des Heils Gelderland, Pro Persona, RIBW Arnhem en Veluwevallei, RIBW Brabant, RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden, Stichting Anton Constandse, Verslavingszorg Noord Nederland en GGZ Oost Brabant. De inspanningen hebben effect gehad: het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000. Figuur 1.1 laat zien hoe de panelleden over Nederland zijn verdeeld[2].

1 Vanwege de dynamiek van het ledenbestand (aanmeldingen en uitschrijvingen) is een vast ledenaantal over een langere periode niet te geven.
2 Peildatum: 1-8-2015.

Figuur 1.1. Geografische spreiding van panelleden over de provincies (peildatum: 1-8-2015)

a. Absoluut aantal panelleden *b. Aantal panelleden per 100.000 inwoners*



Leeswijzer

In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2015[3]. Dit is tevens de nulmeting geweest voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. In de komende jaren zal deze peiling steeds eenmaal per jaar worden herhaald. In hoofdstuk 2 staan de feitelijke leef- en zorgsituatie van de panelleden centraal, hoofdstuk 3 beschrijft hoe de panelleden de leef- en zorgsituatie ervaren. In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke wensen en behoeften er leven en in hoeverre hieraan tegemoet wordt gekomen.

3 Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de voorjaarspeiling van 2015.

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

2.1 De voorjaarspeiling 2015: algemene gegevens

Tussen april en juli 2015 werd peiling 7 gehouden onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

- Leefsituatie
  a. Wat vindt u van uw dagelijkse (sociale) activiteiten?
  b. Wat zijn uw dagelijkse (sociale) activiteiten?
  c. Wat zijn uw wensen en behoeften?
- Zorgsituatie
  a. Krijgt u zorg en ondersteuning, en zo ja welke?
  b. Wat vindt u van de zorg en ondersteuning?
  c. Wat zijn uw behoeften en wensen wat betreft zorg en ondersteuning?

De peiling is uitgezet onder 2.029 panelleden, waarvan er 1.519 de vragen hebben beantwoord (75% respons)[4]. Het merendeel (60%) van het panel is vrouw. Het aandeel autochtone panelleden is 85%. De leden zijn gemiddeld 48 jaar oud.
Tabel 2.1 laat zien met welke klachten de panelleden te maken hebben. Ten tijde van de aanmelding is de mensen gevraagd aan te geven van welke klachten of problemen ze last hadden volgens hun behandelaar of behandelaren.

Tabel 2.1 Wilt u hieronder aangeven van welke klachten of problemen u last heeft volgens behandelaren? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=1109)

	n (%)
Depressie	526 (47)
Angsten	457 (41)
Psychosen en/of schizofrenie	430 (39)
Persoonlijkheidsstoornis	336 (30)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	193 (17)
Verslavingsproblemen	140 (13)
Autisme of verwante beperkingen	132 (12)
Eetproblemen	129 (12)
Meerdere klachten tegelijk	811 (73)

Bijna de helft van de panelleden had te maken met depressieve klachten, 41% met een angststoornis, 39% met psychosen en/of schizofrenie, en voor bijna een derde van het panel was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Bijna drie kwart van de panelleden had ten tijde van de aanmelding te maken met meerdere psychische problemen tegelijk.

4 Dit is het aantal panelleden dat (een substantieel deel van) de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

Ten tijde van aanmelding bij het panel kampen vrijwel alle leden (95%) met psychische klachten die langer dan twee jaar aanwezig zijn. De meeste panelleden (84%) ervaren beperkingen op het gebied van werken en/of leren. Voor sociale contacten leveren de psychische klachten voor 75% van de panelleden beperkingen op, voor wonen ligt dit percentage op 47%.

2.2 De feitelijke leefsituatie

Woonsituatie

Het merendeel van het panel (81%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u?

	N	n (%)
Zelfstandig	1493	1050 (70)
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	1493	162 (11)
Bij mijn ouders/familie	1493	50 (3)
Bij mijn vrienden	1493	3 (0,2)
In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozenopvang, hostel)	1493	6 (0,4)
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk:	1493	102 (7)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	100	28 (28)
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	100	57 (57)
c. Andere zorginstelling	100	15 (15)
In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling:	1493	22 (1)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	22	8 (38)
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	22	12 (57)
c. Andere zorginstelling	22	2 (10)
Op een afdeling binnen een zorginstelling:	1493	23 (2)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	22	20 (91)
b. Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis / Psychiatrische Universiteitskliniek	22	0
c. Andere zorginstelling	22	2 (9)
Anders, namelijk	1493	76 (5)

Eén op de tien leden woont in (een woning/appartement van) een zorginstelling: 2% op de afdeling, 1% op het terrein en 7% in een woonwijk. De zorginstelling is in de meeste gevallen (5%) een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). De overige leden geven aan bij hun ouders, familie, vrienden, in de opvang of elders te wonen. Van de leden die (begeleid) zelfstandig wonen en die daar ondersteuning bij krijgen (n=1099), denkt 62% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 22% twijfelt hieraan en 16% denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

Huishouden, sociale contacten en vrijetijdsbesteding

De meeste panelleden (55%) wonen alleen. Een derde leeft samen met partner en/of kind(eren). 5% woont samen in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (resp. 3%, 1%, 1%, 2%).
Bijna 80% ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 18% zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 67% minstens één keer per maand en 6% dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon)familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (35% en 44%). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of familie te hebben (5% en 6%) of hen zelden tot nooit te zien (6% en 12%).
Bijna drie kwart (72%) komt dagelijks buitenshuis en bijna een kwart (24%) wekelijks. Een groep van 2% gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1% doet dat minder dan één keer per maand en 1% zelden tot nooit. Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks en thuis dagelijks. Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (10% en 7%), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (16% en 11%).

Werk en opleiding

Tabel 2.3 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden (21%) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (4%). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 24 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (14%).

Tabel 2.3 Betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en werk als mantelzorger ten tijde van de peiling

	N	n (%)
Betaald werk (gehele panel)	1494	309 (21)
Betaald werk (oude CBS definitie)[1]	1376	304 (22)
Betaald werk (nieuwe CBS definitie)[2]	1494	309 (21)
Vrijwilligerswerk	1494	604 (40)
Opleiding / werkgerelateerde cursus	1473	125 (8)
Mantelzorger	1488	279 (19)

1. De definitie die tot en met 2014 is gebruikt: leeftijd 15 tot 65 jaar, minstens 12 uur betaald werk per week.
2. De definitie die sinds 2015 in gebruik is: leeftijd 15 tot 75 jaar (het criterium van 12 uur per week is losgelaten).

Onder het panel bevindt zich een grote groep vrijwilligers. Vier op de tien leden heeft onbetaald werk. Zij doen dit voor gemiddeld 8 uur per week, variërend van 1 tot 45 uur.
Bijna één op de vijf panelleden biedt ten tijde van de peiling mantelzorg. Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.
Het overgrote deel van het panel (92%) volgt geen opleiding of werkgerelateerde cursus. De overige leden doen een werkgerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (respectievelijk 4%, 3%, 2%).

Lichamelijke problemen

Tabel 2.4 laat zien dat een groot deel van het panel (71%) naast psychische problemen ook lichamelijke problemen heeft. Bij 12% gaat het om ernstige lichamelijke problemen.

Tabel 2.4 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen?

Respons	Nee	Ja, lichte lichamelijke problemen	Ja, matige lichamelijke problemen	Ja, ernstige lichamelijke problemen
N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1497	436 (29)	502 (34)	375 (25)	184 (12)

2.3 De feitelijke zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Van het panel heeft 12% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Ruim drie kwart van de panelleden heeft geen behoefte aan een PGB. Voor de groep van 352 panelleden die wel behoefte aan een PGB hadden, is dit in 52% van de gevallen (gedeeltelijk) gerealiseerd. Bijna een vierde van deze groep heeft geen PGB aangevraagd en voor een tiende van de groep is de PGB-aanvraag niet gehonoreerd. Een groot deel van de panelleden (87%) gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (98%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts.

Ongeveer drie kwart van de leden is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling, zie tabel 2.5. Voor de helft van de mensen betreft dit ambulante zorg dan wel dagbehandeling. Bijna een vijfde van de mensen krijgt zorg aan huis. Ruim één op de twintig leden verblijft in een GGZ- of verslavingszorginstelling.

Tabel 2.5 Bent u op dit moment cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling? Zo ja, wat voor soort zorg krijgt u bij deze instelling?

Respons	Nee	Ja: ik kom voor begeleiding/behandeling naar de instelling	Ja: ik krijg begeleiding/ behandeling aan huis	Ja: ik ben tijdelijk opgenomen	Ja: ik woon in deze instelling	Ja: ik krijg dagbehandeling
N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1485	381 (26)	703 (47)	262 (18)	20 (1)	71 (5)	48 (3)

Zoals hierboven is vermeld, zijn veel leden in behandeling bij een GGZ- of verslavingszorginstelling. Tabel 2.6 laat zien dat rond twee derde van de panelleden de afgelopen 12 maanden daadwerkelijk contact heeft gehad met een GGZ- of verslavingszorginstelling. De top-vijf van overige instanties/voorzieningen waarmee panelleden vanwege psychische problemen contact hadden in het voorgaande jaar, bestaat uit respectievelijk: de huisarts (42%), het UWV (26%), (F)ACT-team (26%), vrijgevestigde psychologen/psychiaters (24%) en RIBW's (16%). De top-vijf van meest contact-intensieve instanties is als volgt opgebouwd: sociale werkvoorzieningen (gemiddeld 40 dagen contact in de afgelopen drie maanden), wijkverpleegkundigen (35 dagen), RIBW's (32 dagen), dagactiviteitencentra (20 dagen) en IHT-teams (Intensive Home Treatment, 15 dagen). Alleen de RIBW's zijn in beide lijsten vertegenwoordigd, verder is er geen overlap.

Voor 66% van de panelleden is in de afgelopen 12 maanden crisiszorg niet aan de orde geweest en was dit volgens hen ook niet nodig. 11% van de respondenten gaf aan wel crisiszorg nodig gehad te hebben, maar dit niet te hebben gekregen (onvervulde zorgbehoefte). Voor de panelleden die met crisiszorg te maken kregen

(341 mensen, 23%), ging het vooral om ambulante crisiszorg (11%), gesloten afdelingen in instellingen (7%) en andere crisisvoorzieningen (5%) als bed-op-recept (BOR), open opname afdelingen en telefonische crisishulp.

In de afgelopen maanden zijn 155 panelleden (11%) vrijwillig opgenomen geweest. Zestig panelleden (4%) kregen te maken met een gedwongen opname. Leden zijn vooral gedwongen opgenomen middels een voorlopige rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS). Voor een aantal panelleden was sprake van een combinatie van maatregelen. De leden die in de afgelopen 12 maanden opgenomen zijn geweest, hebben gemiddeld twee keer een opname meegemaakt, ongeacht of dit om een vrijwillige of een gedwongen opname ging. Het gemiddeld aantal opnamedagen was 93. De voorwaardelijke RM is voor 51 panelleden (3%) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen.

Tabel 2.6 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties vanwege psychische problemen in de afgelopen 12 maanden

	Respons	Contact in afgelopen 12 maanden	Momenteel nog steeds contact	
			Aantal	Gemiddeld aantal dagen contact in de afgelopen 3 maanden
	N	n (%)	N	M (SD)
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	1365	930 (68)	798	14 (19,8)
Huisarts of praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts	1340	553 (42)	361	4 (5,8)
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	1349	352 (26)	166	10 (2,0)
ACT/FACT team	1315	339 (26)	298	10 (12,2)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera.)	1342	313 (24)	223	6 (10,1)
RIBW of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	1298	210 (16)	184	32 (33,2)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	1348	195 (15)	159	20 (18,6)
Gemeente	1336	181 (14)	105	6 (13,0)
Vrijwilligersorganisatie	1332	178 (14)	122	13 (14,6)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	1330	132 (10)	92	4 (4,2)
Buurthuis	1336	93 (8)	67	12 (19,3)
Schuldhulpverleningsorganisatie	1334	102 (7)	68	14 (26,5)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	1327	96 (7)	65	12 (17,8)
Sociaal wijkteam	1343	92 (7)	61	9 (16,7)
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	1336	82 (7)	50	12 (20,5)
Sociale werkvoorziening	1322	80 (6)	56	40 (29,4)
Re-integratiebureau	1321	68 (5)	41	8 (9,3)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	1264	59 (5)	32	13 (22,2)
Wijkverpleegkundige	1332	50 (4)	33	35 (37,9)
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	1251	41 (3)	15	15 (21,8)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	1325	39 (3)	18	11 (21,6)
Coach met een eigen praktijk	1319	39 (3)	28	10 (23,0)
Welzijnsorganisatie	1330	31 (2)	17	13 (21,4)
VIP team: vroege interventie psychose team	1250	24 (2)	10	7 (7,1)

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Bijna twee derde van de panelleden (62%) geeft aan ten tijde van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit de eigen omgeving. Tabel 2.7 geeft weer welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral de partner (36%), vrienden (36%) en (schoon)ouders (31%) die de panelleden bijstaan. Lotgenoten zijn voor een vijfde van de panelleden een belangrijke steunpilaar buiten het professionele circuit.

Tabel 2.7 Personen die zorg of ondersteuning bieden vanwege de psychische klachten van panelleden (N=920)

	n (%)
Partner	332 (36)
Vriend(en)	327 (36)
(Schoon)ouders	282 (31)
Andere familie	232 (25)
Lotgenoten	183 (20)
Kind(eren)	155 (17)
Anders	158 (17)
Kennis(sen)	120 (13)
Leidinggevende	97 (11)
Buren of buurtgenoten	91 (10)
Collega's	64 (7)
Ex-partner	40 (4)

3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

3.1 De ervaren leefsituatie

Tevredenheid per leefgebied

De panelleden geven hun leefsituatie - over het geheel genomen – een voldoende: een rapportcijfer van gemiddeld 6,2 (SD=1,8). Aan de panelleden is gevraagd hoe ze hun huidige leefsituatie beoordelen in vergelijking met een jaar geleden. 18% van de respondenten is van mening dat hun leefsituatie ten tijde van de peiling veel beter is en voor 28% is de leefsituatie iets beter. Voor 13% van de leden is de leefsituatie iets verslechterd ten opzichte van een jaar eerder en 6% geeft aan dat het veel slechter is geworden. Ongeveer een derde (35%) geeft aan dat er geen veranderingen zijn.
Een kwart heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, eveneens een kwart heeft dit gevoel helemaal niet. Aan de panelleden is gevraagd hoe tevreden ze zijn over verschillende leefgebieden (op een schaal van 1=helemaal niet tevreden tot en met 7=zeer tevreden). Tabel 3.1 bevat de resultaten. De panelleden zijn – gemiddeld genomen – het meest tevreden met hun woonsituatie. De minst hoge scores zijn voor hun financiële situatie (4,4), lichamelijke gezondheid (4,4) en psychische gezondheid (4,1).

Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden[1]

	n	M	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	1481	5,4	1,6
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	1473	4,7	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	1479	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	1485	4,6	1,7
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	1480	4,4	1,8
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	1477	4,4	1,7
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	1478	4,1	1,8

1. Scores op een 7-puntsschaal, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

Gezondheid

De relatief lage waardering voor de gezondheid, komt terug in een andere vraag: wat vinden de panelleden – over het algemeen - van hun gezondheid? Iets meer dan de helft (51%) van de leden geeft aan hun gezondheid matig tot slecht te vinden, tegenover 9% die met "zeer goed" of "uitstekend" antwoordt. De resterende 40% van de respondenten bestempelt de eigen gezondheid als "goed".
Ook voor de gezondheid (in het algemeen) is de panelleden gevraagd hoe ze deze beoordelen in vergelijking met een jaar geleden. Voor 42% van het panel is de gezondheid ten tijde van de peiling ongeveer hetzelfde. Voor ongeveer een kwart van de leden is de gezondheid erop achteruitgegaan (29% "iets slechter", 7% "veel slechter"), terwijl een derde aangeeft dat het met hun gezondheid beter gesteld is dan een jaar geleden (22% "iets beter", 10% "veel beter").

Aan de hand van de MHI-5[5] is de actuele mentale gezondheid van de panelleden gemeten. Dit betreft een set van vijf vragen, waarvoor iemand aangeeft in hoeverre hij of zij zich de afgelopen vier weken heeft gevoeld. De items zijn:

- Voelde u zich erg zenuwachtig?
- Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?
- Voelde u zich kalm en rustig?
- Voelde u zich neerslachtig en somber?
- Voelde u zich gelukkig?

Gebaseerd op de MHI-5 score voelde een derde van de panelleden zich de afgelopen vier weken geestelijk gezond (CBS-afkappunt: 60 of hoger is gezond). In tabel 3.2 zijn alle resultaten voor de MHI-5 terug te vinden.

Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (n=1468)

	n (%)
Psychisch gezond	484 (33)
Psychisch licht ongezond	426 (29)
Psychisch matig ongezond	282 (19)
Psychisch ernstig ongezond	276 (19)

Eenzaamheid en discriminatie

Eenzaamheid is een veel voorkomend verschijnsel binnen de groep panelleden. Ruim vier op de vijf leden (82%) voelt zich eenzaam. De mate waarin mensen eenzaam zijn verschilt; 44% van de leden is matig eenzaam, 22% erg eenzaam en 16% is heel erg eenzaam.
Bijna een derde (31%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege de psychische problemen. Voor 13% van de groep gediscrimineerde panelleden was dit een eenmalige gebeurtenis, voor 72% gebeurde dit soms tot regelmatig en 15% gaf aan vaak tot zeer vaak te zijn gediscrimineerd op grond van zijn of haar psychische problemen.

3.2 De ervaren zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Een tiende van de panelleden krijgt geen professionele zorg of ondersteuning, maar heeft dit ook niet nodig. Twee derde krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Voor 48 panelleden (3%) ontbreekt de zorg die nodig is. Verder geven 289 panelleden (20%) aan wel zorg te krijgen, maar dat deze zorg niet voldoende is. De redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg zijn te zien in tabel 3.3.

5 De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde.

Tabel 3.3 Het ontbreken van (voldoende) professionele zorg: redenen (n=334)

	n (%)
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar/ wordt niet aangeboden	117 (35)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	112 (34)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	61 (18)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	61 (18)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	60 (18)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	59 (18)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning/speciale voorzieningen	54 (16)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	53 (16)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	48 (14)

De twee grootste struikelblokken voor het krijgen van voldoende professionele zorg, zijn het ontbreken van geschikt aanbod (35%) en het goed overbrengen van de hulpvraag (34%). Verschillende persoonlijke redenen (niet weten hoe ondersteuning moet worden geregeld, opzien tegen al het regelwerk en rompslomp, niet om ondersteuning durven te vragen, de eigen bijdrage niet kunnen betalen) zijn steeds voor ongeveer een vijfde van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Externe factoren als niet in aanmerking komen voor een specifieke vorm van ondersteuning, te maken krijgen met wachtlijsten en het ontbreken van een vergoeding worden alle door ongeveer 15% van de panelleden aangehaald als reden voor ontoereikende zorg.

Twee derde van het panel is (zeer) tevreden over de ontvangen professionele zorg, terwijl 7% (zeer) ontevreden is. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 6,8 (SD=1,7) beoordeeld.
Op de vraag hoe de panelleden de huidige professionele zorg vinden ten opzichte van een jaar geleden, kon 96% een antwoord geven omdat ze ook het jaar daarvoor al professionele zorg kregen. Ongeveer een derde van deze groep is van mening dat de huidige zorg beter is dan een jaar geleden. Voor 14% van de panelleden is de professionele zorg er naar hun mening op achteruitgegaan. De meeste leden merken hierin geen verandering.

In tabel 3.4 is voor diverse instanties te zien wat het oordeel van de panelleden is. Ook hier gaat het om rapportcijfers. Van de GGZ-instanties is het (F)ACT-team de best scorende met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9. Het IHT-team is met een 6,1 de laagst scorende GGZ-voorziening. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort het dagactiviteitencentrum (DAC) het best, een 6,7 gemiddeld. Re-integratiebureaus komen het laagst uit met een 5,2. Het UWV schommelt met een gemiddeld cijfer van 5,7 tussen een onvoldoende en een voldoende in. Hulpverleners die alternatieve geneeswijzen beoefenen krijgen de hoogste waardering, gemiddeld een 7,4. Gemeenten scoren met een 5 het laagste cijfer.

Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties

	n	M	SD
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	113	7,4	1,8
Vrijwilligersorganisatie	189	7,0	1,9
Wijkverpleegkundige	84	7,0	2,1
Coach met een eigen praktijk	53	7,0	2,3
ACT/FACT team	384	6,9	1,9
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera.)	266	6,9	1,9
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	939	6,8	1,7
RIBW of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	239	6,7	2,1
Dagactiviteitencentrum (DAC)	217	6,7	1,9
Huisarts of praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts	659	6,6	1,9
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	131	6,6	2,0
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	70	6,4	2,1
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	146	6,3	2,3
VIP team: vroege interventie psychose team	55	6,3	2,1
Buurthuis	107	6,2	2,2
Schuldhulpverleningsorganisatie	141	6,2	2,5
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	84	6,2	2,2
Sociaal wijkteam	133	6,1	2,4
Sociale werkvoorziening	108	6,1	2,4
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	48	6,1	2,3
Welzijnsorganisatie	74	5,9	2,4
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	252	5,7	2,4
Re-integratiebureau	94	5,2	2,5
Gemeente	307	5,0	2,5

Voor 79% van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze groep is bijna de helft van mening dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Een kwart van de mensen vindt echter dat de afstemming slecht is geregeld. Een vijfde van de leden geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking tussen verschillende instanties.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Twee derde van de panelleden is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Bijna een tiende van het panel is daarentegen (heel) ontevreden met deze hulp. Dit komt overeen met de tevredenheid met professionele zorg en ondersteuning. De panelleden waarderen de hulp uit eigen omgeving met een gemiddeld rapportcijfer van 6,6 (SD=1,8).

Aan de panelleden is gevraagd hoe ze de zorg vanuit de eigen omgeving beoordelen, in vergelijking met een jaar geleden. Vrijwel alle panelleden (97%) werden een jaar geleden ook ondersteund vanuit de eigen omgeving. Ruim een derde van de leden vindt dat deze ondersteuning erop vooruit is gegaan. Voor 9% van de leden is het echter verslechterd. De meeste mensen (56%) zijn van mening dat de huidige zorg en ondersteuning vergelijkbaar is met de situatie een jaar geleden.

4 Leef- en zorgsituatie: behoeften en wensen

4.1 Leefsituatie

Wonen, werk en opleiding

De meeste panelleden wonen zelfstandig (n=1217, 83%). Van de 247 panelleden die niet zelfstandig wonen, zou 59% dat wel graag willen. Uit tabel 4.1 blijkt dat er bij het panel met name behoefte is aan het volgen van een opleiding. 38% van de panelleden zou dat graag willen. Bijna een derde wil graag aan het werk en bijna een vijfde zou als vrijwilliger aan de slag willen. Panelleden hebben echter lang niet altijd de wens voor een betaalde baan; 48% heeft geen werk en heeft hier ook geen behoefte aan. Een deel van de panelleden met onbetaald of betaald werk zou wel graag ander, meer of minder werk willen (een vijfde tot een derde).

Tabel 4.1 Wensen voor betaald werk, vrijwilligerswerk en opleiding

		Match		Mismatch	
	Respons	Heb ik niet, wil ik niet	Heb ik, wil ik ook	Heb ik niet, wil ik wel	Heb ik, wil ik anders
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Betaald werk	1479	707 (48)	201 (14)	473 (32)	98 (7)
Vrijwilligerswerk	1483	600 (41)	478 (32)	247 (19)	131 (9)
Opleiding of werkgerelateerde cursus	1473	774 (53)	97 (7)	563 (38)	39 (3)

Vrijetijdsbesteding en sociale contacten

Tabel 4.2 geeft de wensen van panelleden op het gebied van vrijetijdsbesteding weer. Panelleden willen er vaker op uit. Zo heeft 57% de wens om vaker buitenshuis te komen en 55% om meer tijd te besteden aan hobby's of andere activiteiten buiten de deur. Ruim vier op de tien leden zou meer te doen willen hebben.
Bijna zes op de tien panelleden zou graag meer contact willen hebben met andere mensen, zie tabel 4.2. Er is vooral behoefte aan een betere kwaliteit van de contacten. Ongeveer twee derde van het panel zou hechter of beter contact willen met anderen.

Tabel 4.2 Wensen voor vrijetijdsbesteding en sociale contacten

	N	n (%)
Zou u vaker buitenshuis willen komen of ergens naar toe gaan?	1491	844 (57)
Zou u meer tijd willen besteden aan hobby's/vrijetijdsactiviteiten buitenshuis?	1492	813 (55)
Zou u meer te doen willen hebben?	1489	628 (42)
Zou u meer contact willen hebben met andere mensen?	1485	871 (59)
Zou u hechter of beter contact willen hebben met andere mensen?	1487	987 (66)

4.2 Zorgsituatie

Tabel 4.3 laat zien hoe de zorgbehoeften van panelleden verdeeld zijn over verschillende leefgebieden. Hulp en ondersteuning bij (het omgaan met) psychische klachten is het grootste aandachtsgebied (83% van de panelleden wil op dit vlak graag zorg en/of ondersteuning). Leefgebieden waarbij ook een aanzienlijk deel van het panel behoefte aan zorg heeft, zijn: sociale contacten (73%), het krijgen van de juiste hulpverlening (72%) en de lichamelijke gezondheid (71%). Zes op de tien leden heeft naar hun mening ondersteuning nodig bij de dagelijkse bezigheden (vinden van een baan of vrijwilligerswerk). Ongeveer de helft (47%) heeft een praktische zorgbehoefte; bij het regelen van de financiële situatie en het huishouden. Op het gebied van seksualiteit en intimiteit willen bijna één op de drie leden zorg en/of ondersteuning.
Zowel voor zorg wat betreft hun psychische gezondheid als voor het krijgen van de juiste hulpverlening vertrouwen de panelleden het liefst op professionals (respectievelijk 50% en 53%) of op een combinatie van professionals en mensen uit de eigen omgeving (respectievelijk 44% en 42%). Voor de sociale contacten is te zien dat de nadruk meer ligt op het inzetten van mensen uit de eigen omgeving (34%), of een combinatie van professionals en mensen uit de eigen omgeving (54%).
De minste zorgbehoeften worden gevonden voor persoonlijke verzorging en hulp bij alcohol- en/of druggebruik; ongeveer een vijfde van de panelleden geeft op deze leefdomeinen aan hulp te willen krijgen. Voor de persoonlijke verzorging is geen duidelijke voorkeur in zorgverlener te zien. De hulp bij alcohol en/of druggebruik wordt bij voorkeur geleverd door professionals (46%) of door een combinatie van professionals en mensen uit de eigen omgeving (41%).

Tabel 4.3 Zorgbehoeften: op welke aspecten en van wie willen de panelleden zorg en/of ondersteuning krijgen?

	Zorgbehoefte		Indien zorgbehoefte: welke zorgverlener(s)?		
	Respons	Wil zorg	Alleen professionals	Alleen mensen uit de eigen omgeving	Zowel professionals als mensen uit de eigen omgeving
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psychische gezondheid	1417	1172 (83)	585 (50)	67 (6)	520 (44)
Sociale contacten	1426	1042 (73)	121 (12)	357 (34)	564 (54)
Krijgen van de juiste hulpverlening	1406	1009 (72)	530 (53)	56 (6)	423 (42)
Lichamelijke gezondheid	1417	1000 (71)	525 (53)	102 (10)	373 (37)
Dagelijkse bezigheden (vinden of doen van dagbesteding/ (on)betaald werk)	1400	838 (60)	244 (29)	164 (20)	430 (51)
Financiële situatie	1411	669 (47)	281 (42)	211 (32)	177 (26)
Huishouden	1419	662 (47)	201 (30)	246 (37)	215 (33)
Seksualiteit en intimiteit	1400	426 (30)	130 (31)	174 (41)	122 (28)
Persoonlijke verzorging	1405	273 (19)	89 (33)	96 (35)	88 (32)
Alcohol- en/of druggebruik	1389	246 (18)	113 (46)	31 (13)	102 (41)

Aan de panelleden is gevraagd of de huidige ondersteuning naar tevredenheid was, of dat aanpassingen gewenst zouden zijn (zowel in aard als intensiteit van de ondersteuning). Ongeveer de helft van de panelleden geeft aan dat de huidige ondersteuning voldoet aan de wensen (ondersteuning door professionals: 48%, ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving: 47%). De wens voor verbetering blijkt met name te liggen in het krijgen van meer ondersteuning (professionals 19%, mensen uit eigen omgeving 26%). Voor de professionele ondersteuning geeft verder een vijfde van de panelleden aan dat ook de aard hiervan zou mogen veranderen (al dan niet gecombineerd met ook meer ondersteuning). Voor de ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving geldt dit voor een tiende van het panel. Naar minder zorg is relatief weinig vraag; drie procent van de panelleden zou dit wenselijk vinden voor de professionele ondersteuning en twee procent voor de ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk.

In tabel 4.4 wordt de match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg voor enkele leefgebieden gepresenteerd. Voor psychische gezondheid is de overeenkomst tussen de geboden zorg/ondersteuning en de wens van de cliënt het grootst, 59% van de leden wil hulp op dit vlak en krijgt deze van de gewenste zorgverlener. De mismatch tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg is het grootst op het leefgebied "alcohol- en/of druggebruik"; 68% van de leden die hier hulp wil krijgt deze niet (50%), of krijgt deze niet van de gewenste zorgverlener (18%). Voor het leefgebied "seksualiteit en intimiteit" ontbreekt het de panelleden relatief vaak aan hulp (53%), daar waar deze wel gewenst is.

Tabel 4.4 Zorgbehoefte en ontvangen zorg: match en mismatch[1]

		Match	Mismatch		
	Respons	Wil hulp, krijgt hulp van de gewenste zorgverlener	Totaal	Wil hulp, krijgt hulp van een andere zorgverlener dan gewenst	Wil hulp, krijgt geen hulp
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psychische gezondheid	1139	674 (59)	465 (41)	318 (28)	147 (13)
Lichamelijke gezondheid	971	504 (52)	467 (48)	263 (27)	204 (21)
Krijgen van de juiste hulpverlening	974	508 (52)	466 (48)	226 (23)	240 (25)
Financiële situatie	650	337 (52)	313 (48)	122 (19)	191 (29)
Huishouden	642	329 (51)	313 (49)	129 (20)	184 (29)
Sociale contacten	1007	490 (49)	517 (51)	289 (29)	228 (23)
Persoonlijke verzorging	262	105 (40)	157 (60)	34 (13)	123 (47)
Dagelijkse bezigheden (vinden of doen van dagbesteding/(on)betaald werk)	807	318 (39)	489 (61)	224 (28)	265 (33)
Seksualiteit en intimiteit	417	152 (36)	265 (64)	46 (11)	219 (53)
Alcohol- en/of druggebruik	235	75 (32)	160 (68)	43 (18)	117 (50)

1. De zorgverlener kan zijn: a) een professional, b) iemand uit de eigen omgeving, c) zowel een professional als iemand uit de eigen omgeving.

Bijlage C
Deelonderzoek panel Psychisch Gezien - Verwachtingen transities GGZ

L. Hulsbosch
C. Place
F. van Hoof
H. Michon

Inhoud

1 Over het panel

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een groot, landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Voorbeelden van aanhoudende en ernstige psychische problematiek zijn:

- schizofrenie en stoornissen in het psychosespectrum;
- bipolaire stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- verslavingsstoornissen;
- een zogeheten dubbele diagnose (verslaving in combinatie met een andere psychische stoornis)

Ook mensen die niet in één van de bovenstaande categorieën vallen, maar wel in het dagelijks leven beperkingen ondervinden van (de symptomen van) een aanhoudende psychische aandoening behoren tot de doelgroep van het panel. Deelname aan het panel is overigens niet voorbehouden aan mensen die cliënt zijn van een GGZ-instelling. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel minimaal 18 jaar oud zijn en - om praktische redenen – voldoende beheersing hebben van de Nederlandse taal.

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:

a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en vermaatschappelijkingproces van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.
b. Peilen van de opinies en voorkeuren van cliënten rond actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (GGZ-kwesties; Wmo; publieke discussies rond ernstige psychische problematiek; et cetera).
c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

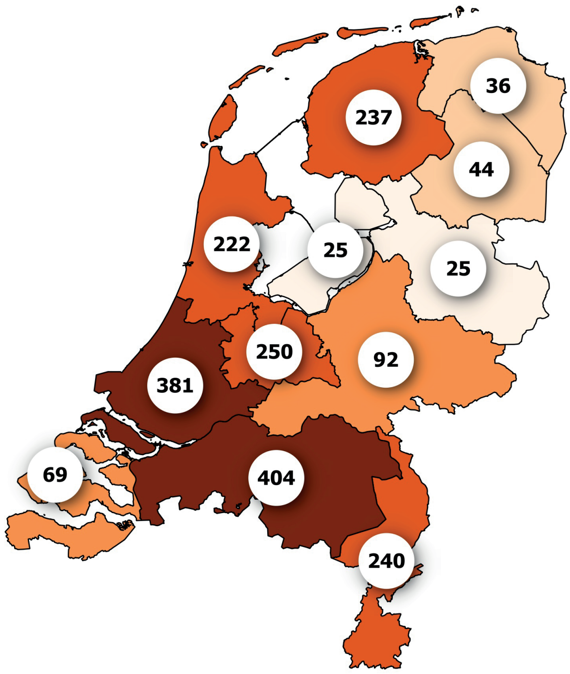
De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes onder de leden. In principe wordt twee keer per jaar een enquête uitgezet, waarbij panelleden - al naar gelang hun voorkeur – online, schriftelijk of met behulp van een interviewer de vragen kunnen invullen. Naast de terugkerende enquêtes wordt incidenteel aanvullend onderzoek gedaan, waarbij een steekproef uit de groep panelleden wordt getrokken, of waarbij een strategisch geselecteerde groep wordt benaderd. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet.

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden[1]. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden geraakt aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Intramurale LGGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014–juni 2015 een wervingsactie plaatsgevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Instellingen die hieraan hun medewerking hebben verleend, waren: Mondriaan, GGZ Breburg, GGZ Friesland, HVO Querido, Rivierduinen en Altrecht, Emergis, Centrum voor GGZ, GGNet, Kwintes, Leger des Heils Gelderland, Pro Persona, RIBW Arnhem en Veluwevallei, RIBW Brabant, RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden, Stichting Anton Constandse, Verslavingszorg Noord Nederland en GGZ Oost Brabant. De inspanningen hebben effect gehad: het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000. Figuur 1.1 laat zien hoe de panelleden over Nederland zijn verdeeld[2].

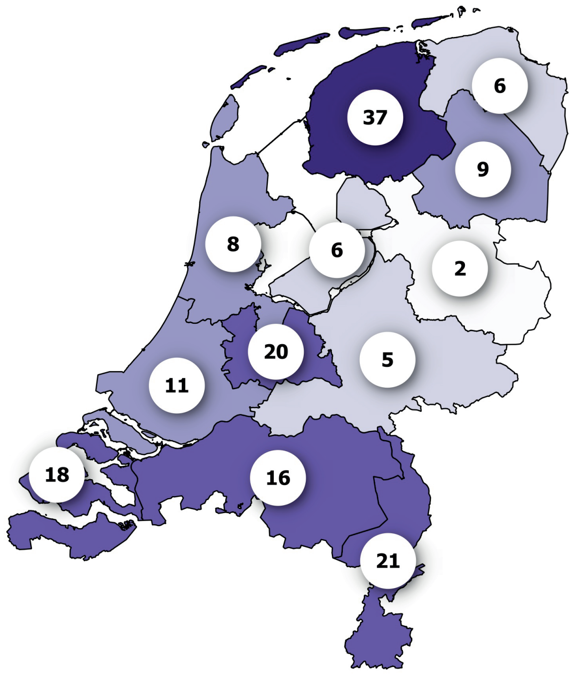
1 Vanwege de dynamiek van het ledenbestand (aanmeldingen en uitschrijvingen) is een vast ledenaantal over een langere periode niet te geven.
2 Peildatum: 1-8-2015.

Figuur 1.1. Geografische spreiding van panelleden over de provincies (peildatum: 1-8-2015).

a. Absoluut aantal panelleden



b. Aantal panelleden per 100.000 inwoners



2 Transities in de GGZ: verwachtingen

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is in beweging. Zo neemt het aantal bedden in instellingen af, krijgen huisartsen en gemeenten meer verantwoordelijkheden in de ondersteuning van mensen met psychische problemen en zal de zorg meer in de eigen leefomgeving van mensen worden georganiseerd. Eind 2014, dus nog voordat de decentralisaties naar gemeenten van kracht werden, is aan leden van het panel Psychisch Gezien gevraagd naar hun verwachtingen over deze veranderingen in de zorg. In deze factsheet doen we verslag van de visie van 732 van de 949 aangeschreven panelleden (respons 77%).

2.1 Resultaten in een notendop

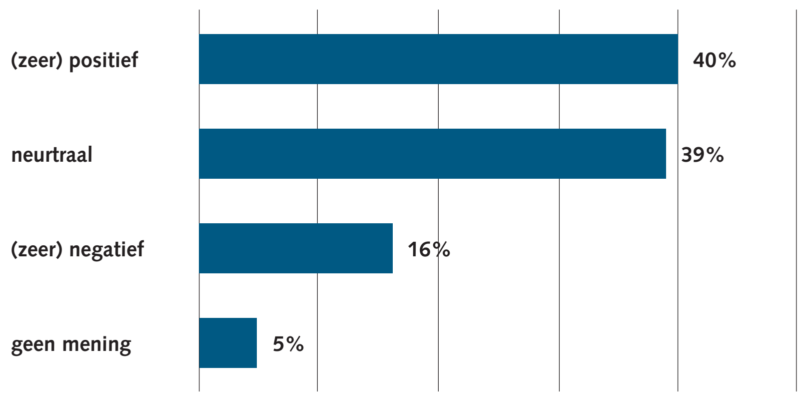
De enquête laat vooral zien dat het overgrote deel van de panelleden vindt dat er (veel) meer ambulante zorg nodig is. Zowel bij het omgaan met psychische klachten als bij het vinden en behouden van werk of opleiding. Maar veel panelleden zijn ook erg huiverig: de meerderheid verwacht dat er in werkelijkheid geen uitbreiding van ambulante zorg zal komen en lijkt bang te zijn dat uitsluitend bedden afgebouwd zullen worden. Tegen die achtergrond staan veel panelleden argwanend tegenover het verminderen van het aantal bedden. Een belangrijk punt daarbij is dat panelleden erg weinig vertrouwen hebben in gemeenten. Panelleden zijn het er niet mee eens dat voor de ondersteuning een steeds groter beroep wordt gedaan op hun naaste omgeving. Tenminste, als alles blijft zoals het is. Degenen die hen op informele manier helpen, hebben eerder zelf meer steun nodig, dan dat zij er taken bij moeten krijgen.
Alles bij elkaar verwacht drie kwart van de panelleden verslechteringen in de zorg, als het gaat om mensen met ernstige psychische aandoeningen in het algemeen. Hun eigen, persoonlijke situatie zien veel panelleden niet direct slechter worden, maar ook niet beter. Toch geven de meesten aan in onzekerheid en spanning te verkeren over de veranderingen in de zorg.

2.2 Versterking ambulante zorg

40% van de panelleden staat in het algemeen positief tegenover het versterken van de ambulante zorg (figuur 2.1).
Deze 'gereserveerde' houding betekent niet dat leden ambulante zorg onnodig vinden. Integendeel:

- 83% van de leden zegt dat versterking van de ambulante zorg nodig is, willen mensen met psychische problemen zich zo zelfstandig mogelijk kunnen redden.
- 78% van hen denkt dat meer ambulante ondersteuning nodig is voor het vinden en behouden van werk of een opleiding.
- 79% van hen is van mening dat meer ambulante behandeling van psychische klachten nodig is.

Figuur 2.1. Hoe kijken panelleden over het algemeen aan tegen versterking van de ambulante zorg?

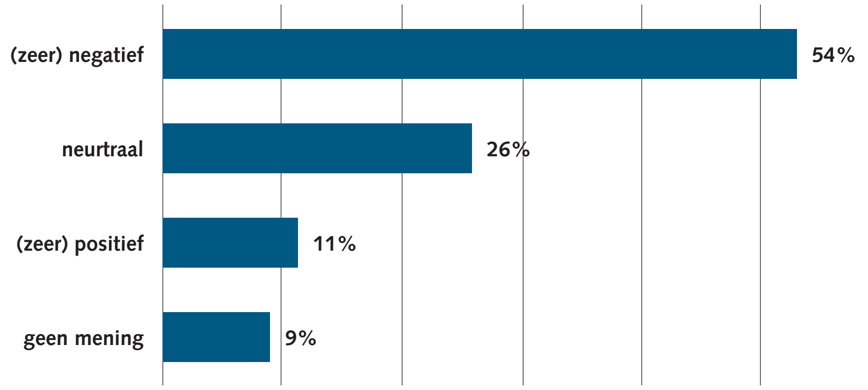


Ruim de helft van de panelleden (60%) denkt wel dat er waarschijnlijk bij te veel verschillende organisaties moet worden ‘aangeklopt’ voor ondersteuning. Bijna een derde van de panelleden (29%) verwacht een positief effect op hun persoonlijke situatie. Ruim een derde verwacht echter zelf niets te merken.

2.3 Beddenafbouw

De beddenafbouw in de intramurale zorg roept bij ruim de helft van de panelleden negatieve gevoelens op (figuur 2.2).Twee derde van de respondenten vindt dat opname- en verblijfplaatsen nodig zijn en niet mogen worden afgebouwd. Dit zal volgens bijna drie kwart van de panelleden leiden tot meer verwaarlozing en crisis-situaties. Mocht er toch afgebouwd gaan worden, dan vindt 90% dat er betere ambulante zorg moet komen. Veel geloof in de ‘ambulante opbouw’ is er echter niet; 58% denkt niet dat er meer ambulante zorg zal komen, tegenover 11% die verwacht dat er wel meer opgebouwd gaat worden.
De meningen over het opbouwen van ambulante zorg en het afbouwen van bedden hangen met elkaar samen. Het lijkt erop dat leden die niet geloven dat er daadwerkelijk ambulant wordt opgebouwd, ook negatiever zijn over de beddenafbouw. En andersom: degenen die positiever staan tegenover de beddenafbouw hebben ook positievere verwachtingen van de veranderingen in ambulante zorg.
Wat beddenafbouw betreft verwacht de helft van de panelleden geen enkele wijziging in de persoonlijke situatie. Een kwart van hen verwacht negatieve effecten, tegen 5% die denkt erop vooruit te gaan.

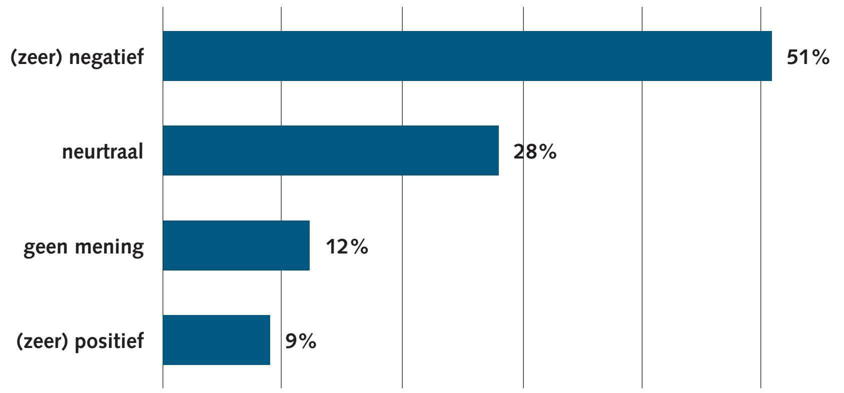
Figuur 2.2. Hoe kijken panelleden over het algemeen aan tegen beddenafbouw in de intramurale zorg?



2.4 Meer taken naar gemeenten

De helft van de panelleden staat negatief tegenover het overhevelen van zorgtaken naar de gemeente (zie figuur 2.3).

Figuur 2.3. Hoe kijken panelleden over het algemeen aan tegen het overhevelen van zorgtaken naar de gemeenten?

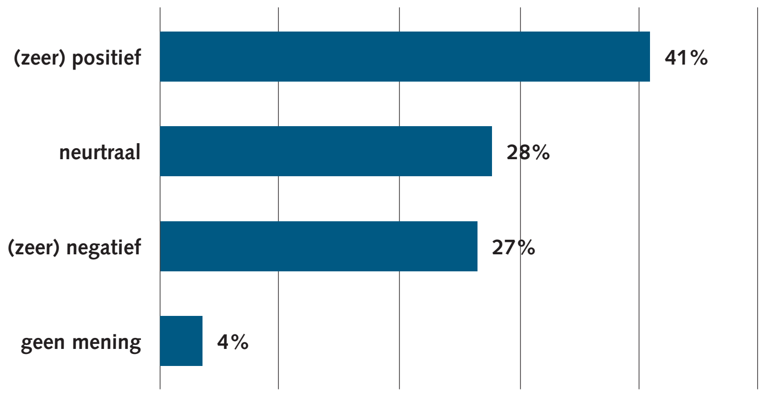


Zo'n drie kwart verwacht zelfs dat de ondersteuning voor mensen met psychische problemen zal verslechteren als de gemeenten meer gaan doen. 66% vreest dat gemeenten vooral zullen bezuinigen op de taken die zij toegewezen krijgen. Bovendien is ruim drie kwart van mening dat gemeenten niet goed weten welke zorgbehoeften mensen met psychische aandoeningen hebben. Ook zal naar het oordeel van bijna de helft een regierol van de gemeente niet helpen om versnippering van de zorg te voorkomen, tegenover 13% die wel denkt dat het zo werkt.
Ruim één op de drie leden verwacht persoonlijk niets te merken van de veranderde rol van gemeenten. Bijna evenveel leden zien echter negatieve gevolgen op zich afkomen, terwijl daar 5% tegenover staat die denkt te profiteren van de nieuwe rol van de gemeente.

2.5 Belangrijker rol huisarts en POH-GGZ

In het algemeen vinden de panelleden het een goed idee dat de huisarts een belangrijkere rol krijgt, 41% van hen staat hier positief tegenover (figuur 2.4).
Deze positieve houding met betrekking tot de belangrijker rol voor de huisarts (en de POH-GGZ) leidt niet automatisch tot meer behoefte aan deze ondersteuning. Bijna twee derde van de panelleden geeft aan geen behoefte te hebben aan extra ondersteuning van de huisarts. Mogelijk komt dit doordat relatief veel panelleden denken dat de huisarts niet over voldoende tijd beschikt om goede ondersteuning te geven (51%). Het kan ook komen doordat de helft van de panelleden denkt dat de huisarts over onvoldoende kennis beschikt op het gebied van psychische aandoeningen.
Op het persoonlijke vlak verwacht ruim een kwart van de panelleden positieve gevolgen van de gewijzigde rol van de huisarts. Echter, een bijna even groot deel van het panel (22%) oordeelt negatief. 28% verwacht niet dat er iets verandert.

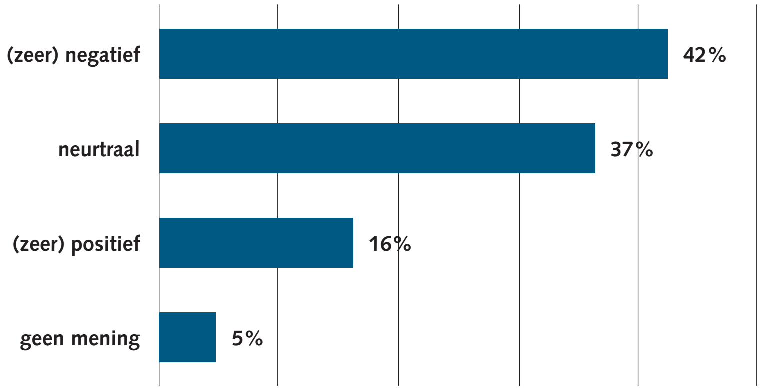
Figuur 2.4. Hoe kijken panelleden over het algemeen aan tegen een belangrijker rol voor de huisarts en POH-GGZ?



2.6 Meer steun door het eigen netwerk

Ook het streven naar meer ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk wordt door relatief veel panelleden (42%, figuur 2.5) als negatief gezien. 16% van de panelleden staat er wel positief tegenover.
Bijna twee derde van de panelleden vermoedt dat vrienden, familie of kennissen onvoldoende tijd zullen hebben. Een even groot aantal verwacht dat mensen uit het eigen netwerk overbelast zullen raken als zij (nog meer) moeten ondersteunen.
Voor drie kwart van de panelleden is het ook maar de vraag of familie, vrienden en kennissen voldoende toegerust zijn om de juiste ondersteuning te kunnen geven. Zij verwachten dat de mantelzorgers zélf ondersteuning nodig zullen hebben. Bovendien vindt twee derde van de respondenten dat zij op deze manier te veel afhankelijk worden gemaakt van de mensen in hun eigen sociale netwerk.

Figuur 2.5. Hoe kijken panelleden over het algemeen aan tegen meer ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk?

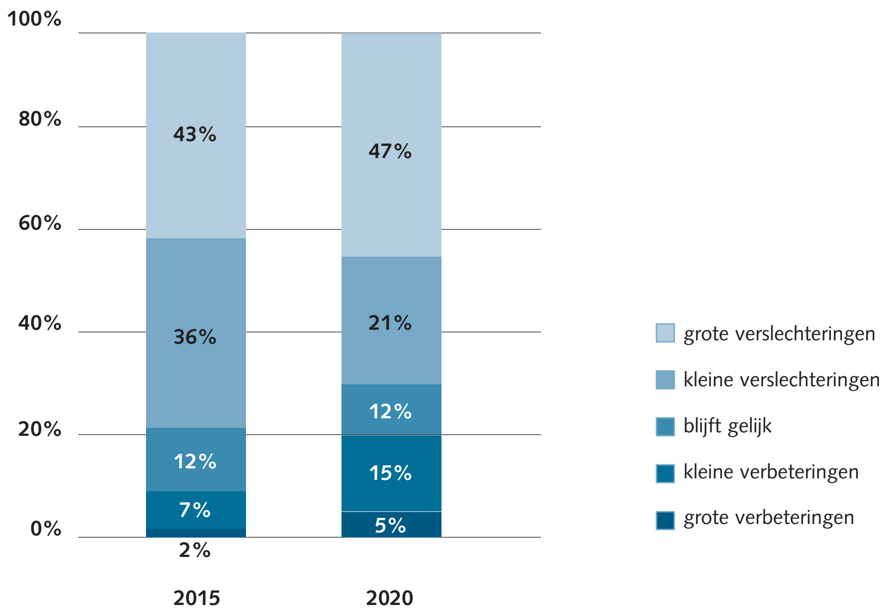


Ruim een derde van het panel verwacht dat meer ondersteuning vanuit het eigen netwerk negatief voor hen uitpakt. Voor 28% van de panelleden zal het naar verwachting geen effect hebben, terwijl ruim 10% denkt dat het goed voor hen is.

2.7 Toekomstverwachtingen over de zorg

Figuur 2.6 laat zien welke verwachtingen de panelleden hebben over de toekomstige kwaliteit van de zorg in het algemeen.

Figuur 2.6. Toekomstverwachtingen over de kwaliteit van de zorg

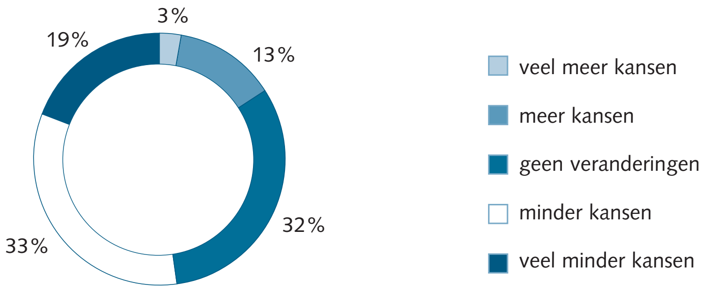


Op de korte termijn (2015) vreest ruim drie kwart dat de kwaliteit van de zorg erop achteruit zal gaan. Voor de lange termijn (2020) zakt dit naar twee derde. Nog altijd verwacht 47% “grote verslechteringen”.

2.8 Invloed op kansen en mogelijkheden en het gevoel dat panelleden hebben naar aanleiding van de veranderingen in de zorg

Ook het mogelijke effect van de veranderingen in de zorg op hun eigen participatiekansen schatten panelleden niet hoog in. Ruim de helft van de panelleden verwacht minder kansen te hebben op deelname aan de samenleving (figuur 2.7). Eén op de drie leden die aan de enquête meededen, verwacht niet dat de veranderingen enig effect zullen hebben op hun participatie-kansen. Daartegenover staat dat 16% wel kansen ziet opkomen als gevolg van de veranderingen in de zorg.

Figuur 2.7. Welke invloed zullen de veranderingen hebben op uw kansen en mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving?



De veranderingen in de zorg leveren voor veel panelleden een gevoel van onzekerheid, spanning en/of angst op (bij respectievelijk 70%, 50% en 41% van de panelleden). Ruim een derde van het panel (35%) ervaart gevoelens van boosheid. Veiligheid (4%) en blijdschap (3%) zijn gevoelens die bij slechts een klein deel van het panel spelen.

Bijlage D
Deelonderzoek capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen

A. Knispel
L. Hulsbosch
F. van Hoof

Inhoud

1 Inleiding

Eén van de onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming langdurige GGZ (LMA) is de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-aanbieders over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale GGZ en van de ambulante GGZ (de ambulante GGZ vooral gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)). In deze achtergrondstudie wordt verslag gedaan van de uitvraag over het jaar 2014.

Het doel van deze uitvraag is om met de resultaten zicht te bieden op de volgende aspecten van het ambulantiseringstraject:

- De afbouw van intramurale voorzieningen
- De opbouw/uitbouw van de voorzieningen voor langdurige of intensieve ambulante zorg en ondersteuning/begeleiding
- Ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale en ambulante voorzieningen
- Regionale verschillen in bovenstaande ontwikkelingen

De afbouw van de omvang van intramurale voorzieningen (inclusief Beschermd Wonen) werd sinds 2013 al gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). De uitvraag van de LMA onder de GGZ-aanbieders borduurt voort op de opzet, werkwijze en data van de LMIG, met daarbij als voornaamste uitbreiding dat er meer gegevens uitgevraagd worden over de capaciteit en het gebruik van ambulante voorzieningen, vooral voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

2 Opzet en methode

2.1 Doelstelling en opzet

Het doel van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders is het jaarlijks genereren van gegevens over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ (bij de ambulante GGZ wordt de focus gelegd op voorzieningen die met name gericht zijn op mensen met ernstige psychische aandoeningen). De uitvraag is primair gericht op de Zvw- (Zorgverzekeringswet) en AWBZ- (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierde GGZ, inclusief beschermd wonen (tot 2015 onderdeel van de AWBZ), maar ook de ontwikkelingen in de DJI en WMO-gefinancierde GGZ worden gevolgd.

Voor deelname aan deze uitvraag van de LMA zijn alle leden van GGZ Nederland benaderd[1].
Daarnaast zijn GGZ aanbieders met intramurale capaciteit, maar zonder lidmaatschap van GGZ Nederland, gevraagd om deel te nemen. Deze groep aanbieders is geïdentificeerd op basis van gegevens van de DigiMV[2] dataset.

2.2 Vragenlijst

De dataverzameling vindt plaats door middel van een vragenlijst over de intramurale GGZ voorzieningen (inclusief beschermd wonen) en de ambulante voorzieningen voor zover deze vooral gericht zijn op mensen met EPA. De vragenlijst is in samenspraak met een klankbordgroep bestaande uit experts onder andere op het gebied van GGZ-administratie (zie bijlage D.I voor de namen van deze experts) doorontwikkeld op basis van de vragenlijst die eerder werd gebruikt voor de LMIG.

De vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken:

A. Productie en gebruik Zvw-gefinancierde intramurale zorg
B. Productie en gebruik AWBZ-gefinancierde intramurale zorg
C. Productie en gebruik DJI-gefinancierde intramurale zorg en Wmo-gefinancierde intramurale zorg
D. Verdeling opbrengsten
E. Overige kenmerken intramurale zorg
F. Productie en gebruik ambulante zorg
G. Productie en gebruik verplichte zorg
H. Intramurale productie per locatie (op postcodeniveau)

1 De leden van GGZ Nederland vertegenwoordigen een zeer groot deel van de GGZ capaciteit in Nederland. GGZ organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland beschikken doorgaans over een relatief beperkt aantal plaatsen voor zover zij al over intramurale capaciteit beschikken. De doelgroep van de voorloper van deze uitvraag, de LMIG, bestond alleen uit de leden van GGZ Nederland met intramurale capaciteit.

2 DigiMV is het voorgestructureerde deel van het jaardocument voor zorginstellingen over de feitelijke productiegegevens, capaciteitsgegevens et cetera. DigiMV-gegevens worden landelijk verzameld en in een centraal bestand opgeslagen door het CIBG. Het aanleveren van de DigiMV-gegevens uit het jaardocument ten behoeve van dit centrale CIBG-bestand is verplicht (tenzij uitdrukkelijk anders vermeld).

2.3 Dataverzameling en respons

Voor deelname aan de uitvraag werden de 102 leden van GGZ Nederland benaderd (78 leden met intramurale capaciteit[3], 24 leden met uitsluitend ambulante voorzieningen) en 44 andere GGZ-aanbieders met intramurale voorzieningen (weliswaar met een relatief klein aantal plaatsen per aanbieder) die niet aangesloten waren bij GGZ Nederland. In totaal werden 146 organisaties benaderd.

Vooral de instellingen die eerder deelnamen aan de LMIG namen dit keer weer deel. De respons onder de 'nieuwe groep' lag beduidend lager. In totaal leverden 69 aanbieders data aan, waaronder vooral veel geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's (de respons van deze twee typen GGZ-aanbieders was hoog).

De aangeleverde data van de 69 deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd. In deze fase van het project is er uitgebreid contact geweest met contactpersonen van de instellingen.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen, gerangschikt naar type instelling, in 2012 (eerste meting LMIG), 2013 (tweede meting LMIG) en 2014 (eerste meting uitvraag LMA bij de GGZ-aanbieders). Het ledenbestand van GGZ Nederland kent zes typen instellingen: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg, gespecialiseerde forensische psychiatrische centra en Riagg's/ aanbieders met uitsluitend ambulante zorg. Daaraan wordt voor deze monitor de categorie 'overige aanbieders met intramurale capaciteit' toegevoegd. Tot deze laatste categorie behoren bijvoorbeeld instellingen voor maatschappelijke opvang en aanbieders die met name in een andere sector actief zijn maar ook GGZ zorg bieden.

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen 2012 (LMIG), 2013 (LMIG) en 2014 (LMA)

	Aantal 2012	Aantal 2013	Aantal 2014
Geïntegreerde GGZ-instelling	30	30	29
RIBW	20	17	18
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	9	9
Verslavingszorginstelling	6	5	3
Forensisch psychiatrisch centrum*	5	5	4
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig			2
Riagg/ ambulante zorg	-	-	4
Totaal	71	66	69

* Exclusief de FPC's die onderdeel zijn van een geïntegreerde GGZ-instelling.

De verslavingszorginstellingen zijn ondervertegenwoordigd in de data van 2014. Dit betekent dat de mogelijkheden om op basis van de data uitspraken te doen over deze groep aanbieders, beperkt zijn.

3 Voor de eerste en tweede meting van de LMIG werden alleen de 78 leden van GGZ Nederland met intramurale capaciteit benaderd.

3 Resultaten van de uitvraag van de LMA bij de GGZ-aanbieders

3.1 Inleiding

De dataverzameling van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang, aard en het gebruik van de intramurale GGZ voorzieningen en ambulante voorzieningen (met name) voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in 2014. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de uitvragen van de LMIG beschreven. De ontwikkelingen tussen 2012 en 2014 zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die zowel aan de eerste uitvraag voor de LMA als aan beide LMIG metingen deelnamen (n=53[4] inclusief deelnemende FPC's).

3.2 Omvang van de Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

Een van de belangrijkste meeteenheden voor de omvang van de intramurale voorzieningen is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). Voor de leesbaarheid van het rapport worden de productiedagen omgerekend tot intramurale plaatsen[5] volgens de formule dat in 2014 365 verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

4 53 instellingen hebben zowel aan de twee metingen van de LMIG deelgenomen als aan de meting voor de LMA. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 53.

5 In de klinische GGZ wordt soms de term 'plaatsen' en soms de term 'bedden' gebruikt. In het beschermd wonen wordt doorgaans de term 'plaatsen' gebruikt. In dit rapport wordt de term 'plaatsen' gebruikt. Als het gaat over klinische capaciteit kan hiervoor ook 'bedden' worden gelezen.

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader[6] zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de uitvraag er als volgt uit (zie tabel 3.1):

Tabel 3.1 Intramurale capaciteit gespecificeerd naar type instelling en financieringskader, deelnemers 2014

	Zvw		AWBZ plaatsen								Totaal	
			AWBZ totaal		AWBZ-Voort-gezet Verblijf		AWBZ BW		AWBZ overig*			
	Plaatsen	%	Plaatsen	%	Plaatsen	%	Plaatsen	%	Plaatsen	%	Plaatsen	%
Geïntegreerde GGZ-instelling	6.296	95,6	10.567	53,1	6.315	99,4	3.921	30,7	330	42,6	16.863	63,7
Circuit verslavingszorg van de geïntegreerde GGZ-instellingen	557				171						728	
RIBW	0	0	8.914	44,8	36	0,6	8.547	66,9	331	42,7	8.914	33,6
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	279	4,2	228	1,1	0,00	0	140	1,1	89	11,4	507	1,9
Forensisch Psychiatrisch Centrum	0	0	13	0,1	0	0	13	0,1	0	0	13	0
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig	13	0	181	0,9	1	0	154	1,2	26	3,3	194	0,6
Totaal	**6.588**	**100**	**19.903**	**100**	**6.352**	**100**	**12.775**	**100**	**776**	**100**	**26.491****	**100**
% van het totaal aantal plaatsen	24,9		75,1		24,0		48,2		2,9			

* De cijfers voor de plaatsen 'AWBZ overig' bestaan uit de plaatsen voor kinderen en jeugd, logeerdagen en sector-vreemde ZZP-dagen. Exclusief 594 VPT plaatsen.
** Naar schatting is dit 75 procent van de totale intramurale GGZ capaciteit in Nederland in 2014, zie ook bijlage D.VII.

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat onder de deelnemers het grootste deel van de plaatsen, plaatsen voor beschermd wonen[7] betrof (afgerond 48 procent). Een kwart van het totaal aantal plaatsen betrof Zvw-gefinancierde plaatsen. Nagenoeg de helft van het totaal aantal plaatsen bestond uit klinische plaatsen (Zvw plaatsen plus plaatsen voortgezet verblijf AWBZ-gefinancierd).

Uit de data van de instellingen die zowel aan de eerste uitvraag van de LMA deelnamen als aan de twee metingen van de LMIG, blijkt dat, alles bij elkaar genomen, de Zvw- en AWBZ- gefinancierde intramurale GGZ capaciteit tussen 2012 en 2014 met afgerond zeven procent is gedaald (zie Tabel 3.2) (Voor de ontwikkelingen van de DJI gefinancierde capaciteit wordt verwezen naar bijlage D.II). De grootste procentuele afname vond plaats bij de klinische plaatsen met een opnameduur tot één jaar (de Zvw-gefinancierde plaatsen). Ook het aantal klinische plaatsen voor opnamen met een duur van langer dan een jaar (AWBZ B-plaatsen) nam af. Het aantal beschermd wonen plaatsen was tussen 2012 en 2013 stabiel en daalde vervolgens. De omvang van de overige AWBZ plaatsen steeg tussen 2012 en 2014 maar in absolute zin gaat het hier om een relatief klein aantal plaatsen.

6 Voor de cijfers van de DJI gefinancierde intramurale capaciteit wordt verwezen naar Bijlage D.II.
7 Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is berekend op basis van de ZZP-C gefinancierde verblijfsdagen. In de praktijk kan het soms voorkomen dat ZZP-C verblijfsdagen binnen een ander circuit dan Beschermd Wonen worden geproduceerd.

Tabel 3.2 Ontwikkeling intramurale capaciteit deelnemende instellingen 2012 – 2014

	Plaatsen 2012	Plaatsen 2013	Plaatsen 2014	mutatie 2012-2013 (%)	mutatie 2013-2014 (%)	mutatie 2012-2014 (%)
Zvw (n=27)	6.506	6.141	5.697	-5,6	-7,2	-12,4
AWBZ-B Voortgezet verblijf (n=21)	6.306	6.065	5.797	-3,8	-4,4	-8,1
AWBZ-C Beschermd Wonen (n=35)	11.472	11.468	10.967	0,0	-4,4	-4,4
AWBZ-overig (n=35)	653	617	689	-5,5	11,6	5,5
Totaal	**24.937**	**24.291**	**23.150**	**-2,6**	**-4,7**	**-7,2**

Hieronder worden de cijfers van de ontwikkelingen in de omvang van de intramurale voorzieningen per type instelling[8] gepresenteerd (Tabel 3.3 tot en met Tabel 3.5).

Tabel 3.3 Ontwikkeling intramurale capaciteit deelnemende geïntegreerde GGZ-instellingen 2012 – 2014

	Plaatsen 2012	Plaatsen 2013	Plaatsen 2014	mutatie 2012-2013 (%)	mutatie 2013-2014 (%)	mutatie 2012-2014 (%)
Zvw	6.250	5.904	5.478	-5,5	-7,2	-12,4
Circuit verslavingszorg Zvw	552	620	523	12	-16	-5,3
AWBZ-B voortgezet verblijf	6.306	6.065	5.797	-3,8	-4,4	-8,1
AWBZ-C beschermd wonen	3.993	3.843	3.592	-3,8	-6,5	-10,0
AWBZ-overig	358	314	329	-12,4	4,7	-8,2
Circuit verslavingszorg AWBZ	10	212	170	1983,4*	-19,7	1572,7*
Totaal (n=22)	**16.908**	**16.127**	**15.196**	**-4,6**	**-5,8**	**-10,1**

* in absolute zin betreft het relatief kleine aantallen.

Tabel 3.4 Ontwikkeling intramurale capaciteit deelnemende RIBW's 2012 – 2014

	Plaatsen 2012	Plaatsen 2013	Plaatsen 2014	mutatie 2012-2013 (%)	mutatie 2013-2014 (%)	mutatie 2012-2014 (%)
AWBZ-C beschermd wonen	7.478	7.625	7.374	2,0	-3,3	-1,4
AWBZ-overig	223	226	302	1,3	33,5	35,3
Totaal (n=15)	**7.702**	**7.851**	**7.676**	**1,9**	**-2,2**	**-0,3**

8 Van de verslavingszorginstellingen kunnen geen cijfers gepresenteerd worden omdat te weinig van deze instellingen cijfers voor alle drie de jaren hebben aangeleverd.

Tabel 3.5 Ontwikkeling intramurale capaciteit deelnemende instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie 2012 – 2014

	Plaatsen 2012	Plaatsen 2013	Plaatsen 2014	mutatie 2012-2013 (%)	mutatie 2013-2014 (%)	mutatie 2012-2014 (%)
Zvw	255	236	219	-7,5	-7,1	-14,1
AWBZ-overig	72	77	58	7,7	-24,4	-18,6
Totaal (n=5)	**327**	**313**	**278**	**-4,2**	**-11,4**	**-15,1**

Uit de cijfers van de capaciteitsontwikkelingen gespecificeerd naar het type instelling blijkt dat de totale intramurale capaciteit van alle typen instellingen afnam tussen 2012 en 2014. Bij de deelnemende RIBW's is er sprake van een hele bescheiden daling doordat er tussen 2012 en 2013 nog sprake was van groei.

Uit de analyses blijkt overigens dat de omvang en richting van de ontwikkeling van de intramurale plaatsen niet bij alle afzonderlijke instellingen hetzelfde was. Waar bijvoorbeeld bij de ene instelling het aantal Zvw-gefinancierde verblijfsdagen afnam, steeg dit bij een andere instelling juist. Dit geeft aan dat de transities per instelling anders verlopen.

- ✓ De omvang van de Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ neemt af tussen 2012 en 2014, afgaande op de afname van de per jaar geproduceerde verblijfsdagen van de deelnemende instellingen;
- ✓ De afname is het grootste bij de Zvw-gefinancierde verblijfsdagen, maar ook de dagen van het voortgezet verblijf en het beschermd wonen dalen.

3.3 Aard van de Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

De intramurale GGZ kan beschreven worden aan de hand van verschillende kenmerken, zoals of het open dan wel gesloten plaatsen betreft, of individuele dan wel groepsvoorzieningen.

Uit de dataset blijkt dat de deelnemende instellingen in 2014 tezamen over 3.007 Zvw- en AWBZ-gefinancierde voortgezet verblijf plaatsen op gesloten afdelingen beschikten. Dit betekent dat bij de deelnemende instellingen bijna een kwart van de plaatsen zich op een gesloten afdeling bevond (zie Tabel 3.6).

Tabel 3.6 Gesloten plaatsen, deelnemers 2014

	Gesloten plaatsen	Totaal aantal plaatsen	Percentage van het totale aantal plaatsen
Zvw	1.986 (n=25)	6.588	30%
AWBZ voortgezet verblijf	1.021 (n=23)	6.352	16%
Zvw + AWBZ voortgezet verblijf	3.007	12.940	23%

Het aantal Zvw-gefinancierde plaatsen op gesloten afdelingen steeg licht tussen 2012 en 2014 (afgerond één procent). Hieruit kan afgeleid worden dat de eerder genoemde afname van de Zvw-gefinancierde intramurale plaatsen plaatsvond op de open afdelingen. Het aantal 'gesloten' AWBZ-gefinancierde voortgezet verblijf plaatsen steeg ook tussen 2012 en 2014 (afgerond 23 procent) met als kanttekening dat er tussen 2012 en 2013 een stijging in de cijfers te zien is en daarna een daling. In totaal steeg tussen 2012 en 2014, bij de deelnemende instellingen, het aantal plaatsen op gesloten afdelingen met afgerond zeven procent.

Tabel 3.7 geeft het overzicht van de verdeling van de capaciteit over de klinische opnamevoorzieningen en verschillende categorieën woonvoorzieningen.

Tabel 3.7 Functionele setting intramurale voorzieningen in percentages, deelnemers 2014

	Klinische opname-voorzieningen (%)	Groepswoon-voorzieningen (%)	Individuele woon-voorzieningen (%)	Totaal (%)*
Geïntegreerde GGZ-instelling	60	27	12	100
RIBW	0	64	36	100
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	68	21	10	100
Instelling voor forensische zorg	66	15	20	100
Aanbieders intramurale GGZ-voorzieningen- overig	8	92	0	100
Totaal (n=36)	43	38	19	100

De instellingen voor verslavingszorg ontbreken in deze tabel vanwege onvoldoende data.
* Soms is de som van de cijfers niet precies 100. Dit komt door afronding van cijfers.

Uit de cijfers van tabel 3.7 kan worden afgeleid dat in 2014 een derde van alle woonvoorzieningen een individuele woonvoorziening betrof. Het aandeel van de individuele woonvoorzieningen in het totaal aantal woningen daalde iets tussen 2012 en 2013 en bleef daarna stabiel (in 2013 en 2014 37 procent individuele woningen en 63 procent groepswoningen).

- ✓ Het aantal plaatsen op gesloten afdelingen stijgt bij de deelnemende instellingen;
- ✓ De verhouding tussen het aantal individuele en het aantal groepswoningen is tussen 2013 en 2014 gelijk gebleven.

3.4 Zorggebruik van de Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

De uitvraag bevat verschillende items over het intramurale zorggebruik, zoals vragen over het aantal cliënten dat gebruik maakte van de voorzieningen, het aantal opnameperioden, de zwaarte van de opnamen (de deelprestatie van de intramurale DBC's) en de verblijfsduur. In deze paragraaf worden de resultaten van deze vragen beschreven, inclusief de ontwikkelingen vanaf 2012. Eerst komen de Zvw-gefinancierde voorzieningen aan bod, daarna de AWBZ-gefinancierde voorzieningen.

Zvw-gefinancierde voorzieningen

In 2014 werden door de deelnemende instellingen 36.096 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen. Er werden in totaal 70.396 opnameperioden geregistreerd en 46.628 nieuwe DBC's (initieel en vervolg) met verblijf geopend. Uit deze cijfers blijkt dat een deel van de cliënten meerdere malen opgenomen is geweest. Twaalf procent van het totaal aantal opnamen betrof een opname in verband met een crisis. 6.600 (unieke) personen werden opgenomen vanwege een crisis (bijna één op de vijf unieke opgenomen personen).

Uit de cijfers van Tabel 3.8 blijkt dat, bij de instellingen die aan beide meetjaren deelnamen (in 2012 werden deze cijfers niet uitgevraagd), tussen 2013 en 2014 het aantal opnameperioden met twaalf procent steeg bij een wat betreft omvang nagenoeg gelijk blijvende groep (unieke) opgenomen cliënten. Het aantal opnameperioden per cliënt steeg dus. Het aantal opnamen vanwege een crisisinterventie daalde tussen 2013 en 2014, evenals het aantal unieke cliënten met een opname vanwege een crisisinterventie.

Tabel 3.8 Opnameperioden en unieke cliënten, 2013-2014

	2013	2014	mutatie 2013 -2014 (%)
Aantal opnameperioden (n=29)	61.529	68.979	12,1
Aantal unieke cliënten	*35.201*	*34.904*	*-0,8*
Aantal opnameperioden vanwege een crisisinterventie	8.742	8.452	-3,3
Aantal unieke cliënten	*6.718*	*6.472*	*-3,7*

Het aantal DBC's met verblijf steeg aanzienlijk tussen 2012 en 2014; in 2014 werden er 15 procent meer DBC's met verblijf geopend dan in 2012 (n=27 bij deze analyse).

Tabel 3.9 geeft een overzicht van de verblijfsduur van uitgestroomde intramurale Zvw-cliënten in 2014. De cijfers in deze tabel laten zien dat bijna een kwart van de cliënten binnen een week werd ontslagen en dat ruim de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd. Bijna één op de tien cliënten had op het moment van ontslag een langer durende opname (langer dan een half jaar) achter de rug.

Tabel 3.9 Verblijfsduur uitgestroomde intramurale Zvw-cliënten in percentages, deelnemers 2014

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365 dagen (%)	Totaal (%)
Totaal (n=31)	24	29	26	12	9	100

In totaal stroomden er in 2014 40.809 cliënten[9] uit, uit de Zvw-gefinancierde intramurale voorzieningen.

De gegevens over de ontwikkelingen van de verblijfsduur van de uitgestroomde intramurale 'Zvw-cliënten' (op het moment van de sluiting van de DBC met verblijf) (zie Tabel 3.10) laten zien dat het aandeel van de korte opnamen (opnamen van maximaal zeven dagen) tussen 2012 en 2014 toenam, met als kanttekening dat deze toename veroorzaakt wordt door een sterke toename tussen 2012 en 2013.

Tabel 3.10 Verblijfsduur intramurale Zvw (bij uitstroom), in percentages, 2012 – 2014

	≤ 7 dagen (%)	8-30 dagen (%)	31- 90 dagen (%)	91- 365 dagen (%)	Totaal (%) (n=25)
2012	21	30	29	20	100
2013	27	29	25	20	100
2014	24	29	26	21	100

Aan de deelnemende organisaties is gevraagd gegevens te leveren over de intramurale Zvw-productie per DBC-diagnosegroep. Tabel 3.11 geeft het overzicht van het aandeel van de tien meest voorkomende hoofddiagnosegroepen in de intramurale Zvw-productie in 2014. Met een aandeel van ruim een kwart deed de diagnosegroep 'schizofrenie' het grootste beroep op de Zvw-gefinancierde intramurale capaciteit.

9 Dit zijn geen unieke cliënten dus personen kunnen meerdere keren zijn meegeteld.

Tabel 3.11 Aandeel DBC Hoofddiagnosegroepen (top tien) in de intramurale productie in percentages, deelnemers 2014

Diagnose	Percentage
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	28
Depressieve stoornissen	14
Persoonlijkheidsstoornissen	8
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	7
Pervasieve stoornissen	6
Angststoornissen	6
Aan alcohol gebonden stoornissen	5
Delirium, dementie en amnestische en overige cognitieve stoornissen	5
Aan overige middelen gebonden stoornissen	4
Crisis	3

Tabel 3.12 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale dagen over de deelprestaties. Uit deze tabel blijkt dat in 2014 ruim de helft van het aantal Zvw gefinancierde plaatsen (56 procent), plaatsen betrof met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (deelprestaties E tot en met G).

Tabel 3.12 Aandeel deelprestaties in het aantal Zvw gefinancierde intramurale dagen in percentages, deelnemers 2014

Deelprestatie		Percentage
Deelprestatie A	lichte verzorgingsgraad	3
Deelprestatie B	beperkte verzorgingsgraad	5
Deelprestatie C	matige verzorgingsgraad	16
Deelprestatie D	gemiddelde verzorgingsgraad	20
Deelprestatie E	intensieve verzorgingsgraad	31
Deelprestatie F	extra intensieve verzorgingsgraad	21
Deelprestatie G	zeer intensieve verzorgingsgraad	4
Totaal		**100 (2.404.564 dagen)**

Tussen 2013 en 2014 nam het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (E tm F, de deelprestaties met de intensiefste verzorgingsgraad) toe (in de meting over 2012 is deze variabele niet uitgevraagd). De plaatsen met een minder intensieve verzorgingsgraad daalden echter sterker waardoor er in totaal sprake was van een daling van het aantal Zvw-gefinancierde plaatsen (zie Tabel 3.13).

Tabel 3.13 Ontwikkeling intramurale deelprestaties deelnemende instellingen 2013-2014

	2013	deel van het totaal aantal plaatsen 2013 (%)	2014	deel van het totaal aantal plaatsen 2013 (%)	mutatiecijfer 2013-2014 (%)
Deelprestatie A	177	3,0	154	2,8	-13,3
Deelprestatie B	430	7,4	345	6,3	-20,0
Deelprestatie C	975	16,7	859	15,6	-11,8
Deelprestatie D	1351	23,2	1112	20,2	-17,7
Deelprestatie E	1705	29,3	1778	32,3	4,2
Deelprestatie F	973	16,7	1005	18,3	3,3
Deelprestatie G	216	3,7	247	4,5	14,0
Totaal (n=22)	5828	100	5499	100	-5,6

- ✓ Het aantal unieke opgenomen cliënten (Zvw-gefinancierd) is bij de deelnemende instellingen stabiel tussen 2013 en 2014;
- ✓ Het aantal opnameperioden en het aantal geopende DBC's met verblijf nemen wel toe. Per cliënt nam het gemiddeld aantal opnamen en geopende DBC's (met verblijfsdagen) dus toe;
- ✓ Het aandeel van de kortere opnamen (maximaal een week) neemt toe tussen 2012 en 2014;
- ✓ Het aantal verblijfsdagen met een intensieve verzorgingsgraad neemt toe.

AWBZ-gefinancierde voorzieningen

In 2014 stroomden 1.643 cliënten in in de voorzieningen voor voortgezet verblijf (AWBZ-B) van de deelnemende instellingen. De cijfers van Tabel 3.14 laten zien dat ruim een derde van de voortgezet verblijf cliënten korter dan een jaar in de voorziening verbleef. Ook (bijna) een derde van de cliënten verbleef langer dan vier jaar in de instelling.

Tabel 3.14 Verblijfsduur (exclusief periode Zvw-verblijf) aanwezige intramurale AWBZ-cliënten voortgezet verblijf op peildatum in percentages, deelnemers 2014

	<1 jaar (%)	1 tot 2 jaar (%)	2 tot 4 jaar (%)	> 4 jaar (%)	Totaal (%)
Totaal (n=25)	35	21	14	30	100

Tussen 2012 en 2014 daalde de instroom van het aantal cliënten in het voortgezet verblijf (daling van afgerond 15 procent, n=17 bij deze analyse) en de uitstroom steeg (stijging van afgerond zes procent, n=14). Kanttekening hierbij is dat deze ontwikkelingen grillig verliepen, met voor zowel de in- als de uitstroom eerst een forse daling tussen 2012 en 2013 en daarna weer een stijging.

In de voorzieningen voor beschermd wonen van de deelnemende instellingen stroomden in 2014 2258 cliënten in. Uit de cijfers over de verblijfsduur (op peildatum) (zie Tabel 3.15) blijkt dat een derde van de cliënten langer dan vier jaar in de voorzieningen woonde.

Tabel 3.15 **Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-cliënten beschermd wonen op peildatum in percentages, deelnemers 2014**

	<1 jaar (%)	1 tot 2 jaar (%)	2 tot 4 jaar (%)	> 4 jaar (%)	Totaal (%)
Totaal (n=33)	23	19	25	33	100

De instroom van cliënten in voorzieningen voor beschermd wonen daalde fors tussen 2012 en 2014, met 30 procent (n=32 bij deze analyse). De uitstroom steeg eerst maar daalde daarna. Dit grillige beeld wijst op stagnatie van de uitstroom.

De cijfers over de ontwikkeling van de verblijfsduur in respectievelijk het voortgezet verblijf en het beschermd wonen worden vermeld in Tabel 3.16 en 3.17. De ontwikkeling van de verblijfsduur bij het voortgezet verblijf verloopt grillig met onder andere eerst, relatief gezien, krimp en daarna stijging van de groep met een verblijfsduur van maximaal een jaar. Bij het beschermd wonen is er een lichte trend waarneembaar van relatieve krimp bij de groep met een korte woonduur (maximaal een jaar) en relatieve groei bij de groep met de langste woonduur (langer dan vier jaar).

Tabel 3.16 **Verblijfsduur voortgezet verblijf (intramurale AWBZ-B) op peildatum, in percentages, 2012-2013-2014**

	<1 jaar (%)	1 tot 2 jaar (%)	2 tot 4 jaar (%)	> 4 jaar (%)	Totaal (%)
2012	18	20	18	44	100
2013	12	14	18	57	100
2014	17	15	19	49	100

n=15

Tabel 3.17 **Verblijfsduur beschermd wonen (intramurale AWBZ-C) op peildatum, in percentages, 2012-2013-2014**

	<1 jaar (%)	1 tot 2 jaar (%)	2 tot 4 jaar (%)	> 4 jaar (%)	Totaal (%)
2012	21	16	22	42	100
2013	20	15	23	42	100
2014	16	15	22	46	100

n=18

Voor de AWBZ-gefinancierde intramurale zorg zijn gegevens verzameld over de productie per geleverde zorgzwaarte (zie Tabel 3.18). Van alle ZZP-dagen bestond in 2014 ongeveer een derde uit dagen voor voortgezet verblijf en twee derde uit dagen voor beschermd wonen. Bij de B-pakketten bestond het overgrote deel van de productie uit de productie van de zwaardere pakketten (ZZP 4B en hoger). Bij de C-pakketten bedroeg van het aandeel van de zwaardere pakketten (ZZP 4C en hoger) de helft van de productie.

Tabel 3.18 Aandeel ZZP pakketdagen in respectievelijk het totaal aantal B- en C-dagen, in percentages, deelnemers 2014

B-pakketten (voortgezet verblijf)	Percentage
ZZP 1B	0,1
ZZP 2B	0,3
ZZP 3B	5,2
ZZP 4B	13,3
ZZP 5B	47,5
ZZP 6B	12,0
ZZP 7B	21,6
Totaal	**100 (2.318.057 dagen)**
C-pakketten (beschermd wonen)	
ZZP 1C	0,5
ZZP 2C	4,5
ZZP 3C	44,7
ZZP 4C	27,6
ZZP 5C	20,6
ZZP 6C	2,2
Totaal	**100 (4.569.361 dagen)**

Tabel 3.19 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de afzonderlijke zorgzwaartepakketten tussen 2012 en 2014. De cijfers wijzen onder meer uit, dat waar het aantal zwaardere voortgezet verblijfplaatsen (vanaf AWBZ-4B) tussen 2012 en 2013 nog steeg, hier tussen 2013 en 2014 sprake was van een lichte daling.

Het aantal zwaardere beschermd wonen plaatsen groeide tussen 2013 en 2014 zoals ook al het geval was tussen 2012 en 2013 (met toen wel een sterkere groei). Het aantal beschermd wonen plaatsen voor mensen met een lichtere indicatie daalde tussen 2013 en 2014, een voortzetting van de daling tussen 2012 en 2013. Tussen 2013 en 2014 was de daling van de lichtere beschermd wonen dagen in absolute zin groter dan de stijging van de zwaardere dagen waardoor er in totaal sprake was van een daling van het aantal dagen beschermd wonen.

Tabel 3.19 Verdeling intramurale AWBZ capaciteit per ZZP, deelnemende instellingen, 2012-2013 -2014

	2012	2013	2014
	Verdeling plaatsen (%)	Verdeling plaatsen (%)	Verdeling plaatsen (%)
ZZP-B voortgezet verblijf (n=21)	*6285 plaatsen*	*6062 plaatsen*	*5797 plaatsen*
ZZP-1B	0,1	0,1	0,1
ZZP-2B	1,3	0,7	0,3
ZZP-3B	10,4	6,4	4,7
ZZP-4B	15,4	14,5	13,5
ZZP-5B	40,9	44,3	46,6
ZZP-6B	13,1	13,0	12,2
ZZP-7B	18,8	21,1	22,5
ZZP-C beschermd wonen (n=35)	*11449 plaatsen*	*11463 plaatsen*	*10967 plaatsen*
ZZP-1C	2,2	1,1	0,5
ZZP-2C	13,6	7,8	4,4
ZZP-3C	48,1	45,8	44,8
ZZP-4C	21,5	25,8	27,7
ZZP-5C	12,8	17,3	20,4
ZZP-6C	1,8	2,2	2,2

- ✓ De in- en uitstroom van cliënten van de AWBZ- gefinancierde voorzieningen laten een grillig beeld zien. Hier kan dan ook (nog) niet van een trend gesproken worden;
- ✓ Bij het beschermd wonen neemt de groep cliënten met een woonduur van maximaal een jaar, relatief gezien, af en groeit de groep met de langste woonduur (meer dan vier jaar). Bij het voortgezet verblijf is wat betreft de woonduur geen eenduidige trend waarneembaar;
- ✓ Bij het voortgezet verblijf nemen de verblijfsdagen van de zwaardere pakketten tussen 2013 en 2014 niet langer toe;
- ✓ Bij het beschermd wonen blijven de verblijfsdagen van de zwaardere pakketten ook tussen 2013 en 2014 groeien.

3.5 Omvang van de ambulante GGZ, met name voor mensen met EPA: stand van zaken en ontwikkeling

In de uitvraag van 2014 is het aantal fte's van een aantal specifieke ambulante voorzieningen (zie Tabel 3.20) als indicator voor de omvang van de ambulante capaciteit, vooral voor mensen met EPA, opgenomen. De deelnemende instellingen hebben dit cluster van vragen echter maar in beperkte mate beantwoord. Soms omdat de gevraagde gegevens ontbraken, soms omdat het aanleveren van deze specifieke gegevens (te) tijdrovend was. Daarom kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het totaal aantal fte's van deze voorzieningen.

Het aantal afgesloten ambulante DBC's kan als afgeleide indicator voor de omvang van de ambulante voorzieningen worden gebruikt. Tabel 3.20 bevat de cijfers van het aantal gesloten ambulante DBC's in 2014, per minutencategorie, van de deelnemende instellingen. Uit deze cijfers blijkt dat ruim 40 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van omrekenend maximaal 13 uur. Iets meer dan een tiende deel van de trajecten bestond uit intensievere trajecten (trajecten van 50 uur of meer).

Tabel 3.20 Gesloten DBC's per minutencategorie, deelnemers 2014

	Percentage	Cumulatief percentage
Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten*	11	11
Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten*	14	25
Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten	18	43
Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten	28	71
Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten	15	86
Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten	10	96
Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten	3	99
Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten	1	100
Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten	0	100
Totaal	100	

* Deze minutencategorieën zijn van toepassing op een paar specifieke productgroepen

De ontwikkeling van het aantal afgesloten DBC's tussen 2012 en 2014 verloopt niet volgens een eenduidige trend (zie Tabel 3.21). Tussen 2012 en 2013 daalde het aantal afgesloten ambulante DBC's, vooral bij de categorie tot 1800 minuten (30 uur). Tussen 2013 en 2014 nam het aantal gesloten ambulante DBC's juist toe, met over de gehele linie een stijging van de gesloten ambulante DBC's, ook voor de intensievere DBC's. Mogelijk is de daling tussen 2012 en 2013 gerelateerd aan de eigen bijdrage die in 2012 betaald moest worden. (Daardoor meer *geopende* DBC's eind 2011 en daarmee meer *gesloten* DBC's in 2012. En minder *geopende* DBC's in 2012 en daarmee tevens minder *gesloten* DBC's in 2013.).

Tabel 3.21 Ontwikkeling ambulante DBC's minuten categorieën, deelnemende instellingen 2012-2014

	Aantal gesloten DBC's 2012	Aandeel van de DBC's in het totaal (%)	Aantal gesloten DBC's 2013	Aandeel van de DBC's in het totaal (%)	Aantal gesloten DBC's 2014	Aandeel van de DBC's in het totaal (%)	Muta-tiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatie-cijfer 2013-2014 (%)	Mutatie-cijfer 2012-2014 (%)
Aantal gesloten ambulante DBC's – t/m 1799 minuten	385.315	76	318.655	74	322.310	70	-17,3	1,1	-16,4
Aantal gesloten ambulante DBC's – 1800 t/m 2999 minuten	55.733	11	57.254	13	69.884	15	2,7	22,1	25,4
Aantal gesloten ambulante DBC's – 3000 t/m 5999 minuten	36.479	7	38.084	9	46.258	10	4,4	21,5	26,8
Aantal gesloten ambulante DBC's – 6000 minuten en meer	29.351	6	17.791	4	18.888	4	-39,4	6,2	-35,6
Totaal	506.878	100	431.784	100	457.340	100	-14,8	5,9	-9,8

n=30

✓ Het aantal afgesloten ambulante DBC's daalt tussen 2012 en 2013, maar stijgt tussen 2013 en 2014, ook bij de DBC's met relatief veel minuten.

3.6 Aard van de ambulante GGZ, met name voor mensen met EPA: stand van zaken en ontwikkeling

Aan de instellingen is zoals genoemd een aantal specifieke ambulante voorzieningen vooral gericht op mensen met EPA voorgelegd, met daarbij de vraag welke van deze ambulante voorzieningen de instelling aanbood in 2014. Ook is gevraagd over welke andere ambulante voorzieningen voor deze doelgroep de instelling beschikte. 57 van de 69 respondenten heeft dit onderdeel van de vragenlijst (tenminste gedeeltelijk) ingevuld (inclusief 'niet van toepassing' antwoorden). Om inzicht te krijgen in de implementatiegraad van deze ambulante voorzieningen wordt in Tabel 3.22 weergegeven welk percentage van de 29 deelnemende *geïntegreerde GGZ-instellingen* deze ambulante voorzieningen bood.

Tabel 3.22 Ambulante voorzieningen vooral voor mensen met EPA, deelnemende geïntegreerde GGZ-instellingen 2014

Type ambulante voorziening/ zorgorganisatiemodel	Percentage (%)
ACT	48
FACT	86
Forensische ACT	24
Forensische FACT	31
Jeugd ACT	24
Jeugd FACT	52
(F)ACT LVB	10
(F)ACT verslavingszorg	28
Vroege Interventie Psychose (VIP)	59
Intensive Home Treatment (IHT)	59
Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT)	72
Ambulante crisishulp	79
Intensief casemanagement	52
Begeleid zelfstandig wonen	59

Uit deze cijfers blijkt dat een aantal van deze ambulante voorzieningen, zoals FACT, PIT en ambulante crisishulp door een groot deel van de deelnemende geïntegreerde GGZ-instellingen werd aangeboden in 2014. Over de omvang van deze ambulante voorzieningen kunnen echter, zoals benoemd vanwege het ontbreken van de cijfers van de fte's per voorziening van de meeste deelnemers, geen uitspraken worden gedaan. Wel kan worden gemeld dat bij de geïntegreerde GGZ-instellingen naar schatting 21 procent van de cliënten met een ambulante DBC gebruik maakte van (tenminste) één van genoemde specifieke ambulante voorzieningen. Dit cijfer is op een beperkte groep deelnemers gebaseerd en dient daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

3.7 Zorggebruik van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

Aan de deelnemende instellingen is een aantal vragen gesteld over het ambulante zorggebruik. Gevraagd is wat het aantal unieke cliënten was dat ambulante hulp ontving (apart voor de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en AWBZ gefinancierde begeleiding). Daarnaast is gevraagd welke ambulante DBC's zijn geproduceerd in 2014 en hoeveel cliënten gebruik maakten van een aantal specifieke voorzieningen voor mensen met EPA. In deze paragraaf worden de cijfers over het ambulante zorggebruik (stand van zaken 2014 en ontwikkelingen tussen 2012 en 2014) gepresenteerd.

In 2014 werden door de deelnemende instellingen ruim 532.000 cliënten ambulant behandeld in de gespecialiseerde GGZ (met een DBC) en ruim 41.000 in de generalistische basis GGZ (met een product van de basis GGZ). Ruim 19.000 cliënten ontvingen AWBZ gefinancierde individuele begeleiding en ruim 10.000 mensen kregen AWBZ gefinancierde groepsbegeleiding (zie Tabel 3.23).

Tabel 3.23 Aantallen cliënten* ambulante behandeling en begeleiding door de deelnemende instellingen, deelnemers 2014

	Generalistische basis GGZ	Zvw behandeling (DBC)	AWBZ individuele begeleiding	AWBZ groepsbegeleiding
Geïntegreerde GGZ-instelling	37.293	500.012	4511	5.421
RIBW	650	1.103	13.840	4.785
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	284	15085	659	177
Verslavingszorginstelling	78	920		
Aanbieders intramurale voorzieningen – overig	1	1	164	30
Riagg/ ambulante zorg	3.162	15.578	228	0
Totaal (n=45)	**41.468**	**532.699**	**19.402**	**10.413**

*Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.

De deelnemende instellingen produceerden in 2014 in totaal ruim 19.000 (gesloten) producten van de generalistische basis GGZ. Het grootste deel van deze afgesloten producten behoorde tot de groep 'intensief' (40 procent), gevolgd door de groep 'middel' (34 procent), product 'kort' (19 procent) en het product 'chronisch' (7 procent).

Tussen 2012 en 2014 daalde bij de deelnemende instellingen het aantal cliënten dat ambulant behandeld werd met een DBC (zie Tabel 3.24). Deze daling zal (voor een deel) veroorzaakt zijn door de invoering van de Basis GGZ. Voor 2014 is het aantal ambulante Zvw-clienten *inclusief* de cliënten van de Basis GGZ (voor deze groep deelnemende instellingen) berekend. Afgaande op dit cijfer is er een lichte stijging (afgerond één procent) van het aantal cliënten met Zvw-gefinancierde ambulante zorg ten opzichte van 2013. Kanttekening hierbij is dat dit cijfer met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden omdat er sprake kan zijn van dubbeltellingen tussen de cliënten met een DBC en de cliënten met een product van de Basis GGZ.

Het aantal cliënten dat ambulant werd begeleid in groepsvorm (AWBZ gefinancierd) daalde met negen procent. Het aantal cliënten dat AWBZ gefinancierde individuele begeleiding ontving, groeide met zes procent.

Tabel 3.24 Ontwikkeling ambulante cliënten, deelnemende instellingen 2012-2014

	Aantal cliënten 2012	Aantal cliënten 2013	Aantal cliënten 2014	Mutatie-cijfer 2012-2013 (%)	Mutatie-cijfer 2013-2014 (%)	Mutatie-cijfer 2012-2014 (%)
Zvw behandeling met een DBC (n=32)	588.462	525.684	493.606	-10,7	-6,1	-16,1
AWBZ individuele begeleiding (n=31)	13.569	13.956	15.031	2,9	7,7	10,8
AWBZ groepsbegeleiding (n=29)	9.530	8.057	8.737	-15,5	8,4	-8,3

In Tabel 3.25 worden de cijfers weergeven van het aantal gesloten ambulante DBC's van zeven specifieke productgroepen.

Tabel 3.25 Gesloten DBC's per productgroep, deelnemers 2014

	Percentage van het totaal aantal gesloten ambulante DBC's
Aantal gesloten ambulante DBC's depressieve stoornissen	11
Aantal gesloten ambulante DBC's persoonlijkheidsstoornissen	7
Aantal gesloten ambulante DBC's pervasieve stoornissen	7
Aantal gesloten ambulante DBC's schizofrenie	6
Aantal gesloten ambulante DBC's bipolaire stoornissen	3
Aantal gesloten ambulante DBC's aan overige middelen gebonden stoornissen	2
Aantal gesloten ambulante DBC's aan alcohol gebonden stoornissen	1
Totaal (n=39)	37

- ✓ Het aantal cliënten met een ambulante behandeling op basis van een DBC nam af tussen 2012 en 2014. Als in 2014 de cliënten van de basis GGZ worden meegeteld is er een kleine stijging ten opzichte van 2013;
- ✓ Het aantal cliënten met individuele begeleiding (AWBZ-gefinancierd) nam toe, het aantal cliënten met groepsbegeleiding (AWBZ-gefinancierd) daalde.

3.8 Opbrengsten

Tabel 3.26 bevat de gegevens over de verdeling van de opbrengsten van de deelnemende instellingen over de intramurale en ambulante zorg.

Tabel 3.26 Aandeel opbrengsten ambulante en intramurale GGZ*, deelnemers 2014

	Intramurale Zvw (%)	Intramurale AWBZ (%)	*Totaal intramuraal aandeel (%)*	Ambulante Zvw (%)	Ambulante AWBZ (%)	*Totaal ambulant aandeel (%)*	Totaal (%)
n=44	17	45	*62*	27	11	*38*	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzieningen voor Beschermd Wonen van de instelling.

Uit de cijfers van Tabel 3.26 blijkt dat ruim 60 procent van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2014 werd gegenereerd door de intramurale GGZ. Deze verdeling schommelt iets bij de instellingen die aan alle drie de metingen deelnamen (en data voor deze variabelen aanleverden, n=36) tussen 2012 en 2014, maar ligt bij benadering steeds rond de genoemde 60 - 40 verdeling (in 2012 60 procent intramuraal en 40 procent ambulant, in 2013 63 procent intramuraal en 37 procent ambulant en in 2014 59 procent intramuraal en 41 procent ambulant). De totale opbrengsten in absolute zin zijn niet uitgevraagd, hierover kunnen dus geen uitspraken worden gedaan.

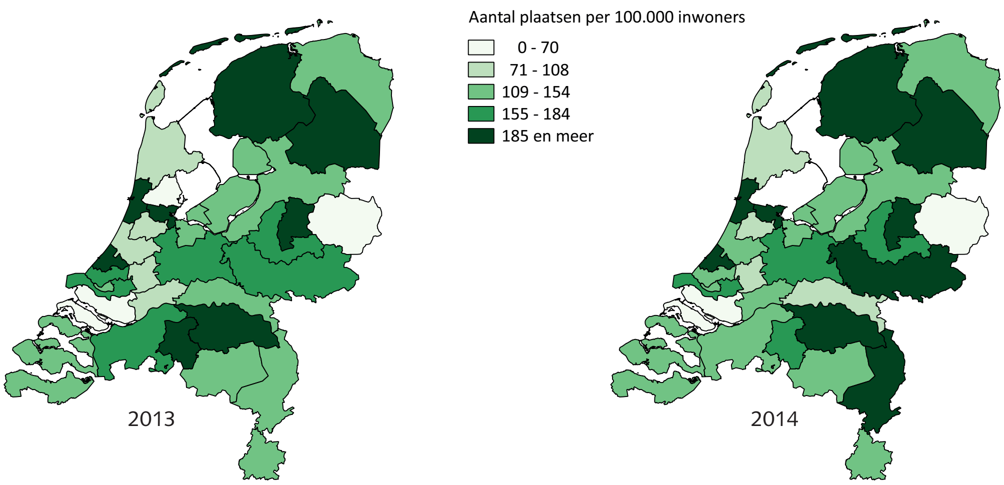
3.9 Regionale spreiding

Naast de landelijke cijfers die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven, heeft de uitvraag bij de GGZ-aanbieders van de LMA ook cijfers gegenereerd over de intramurale GGZ-plaatsen (per financieringskader) per gemeente. Deze gemeentelijke cijfers maken het mogelijk om voor verschillende regio-indelingen geografisch overzichten te maken van de intramurale GGZ van de in de betreffende regio's opererende instellingen die deelnamen aan de LMA. Voor deze rapportage hebben wij gekozen voor overzichten van de intramurale GGZ per zorgkantoorregio, per 100.000 inwoners.

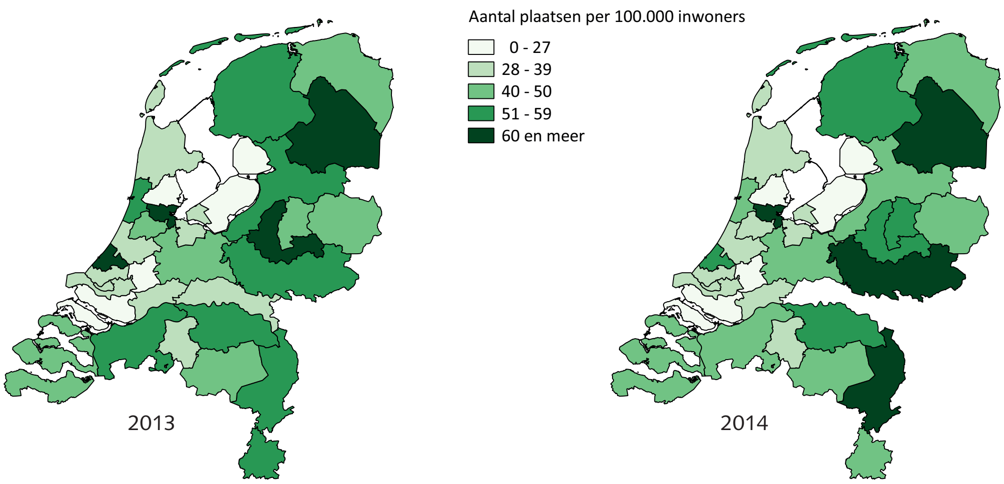
De overzichten (weergegeven in figuren) zijn gebaseerd op de GGZ-productie van de LMA- en LMIG-deelnemers en de intramurale productiecijfers van de PAAZ-en en PUK-en (op basis van DigiMV data). In de overzichten ontbreken de cijfers van de instellingen die niet deelnamen. In sommige regio's is het genoemde aantal plaatsen daardoor een onderschatting van de werkelijke situatie.

Figuur 1 laat de totale Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ per zorgkantoorregio per 100.000 inwoners zien, voor 2013 en 2014. Figuren 2 tot en met 4 geven weer wat het aantal plaatsen per 100.000 inwoners, per financieringskader is. Deze figuren laten zien dat er kleine verschuivingen zijn in de totale intramurale GGZ met in sommige zorgkantoorregio's enige groei en in een andere krimp (per 100.000 inwoners). In het oosten van het land bevinden zich relatief gezien meer Zvw-gefinancierde plaatsen. De voortgezet verblijf en beschermd wonen plaatsen lijken relatief gezien meer verspreid te zijn over het gehele land.

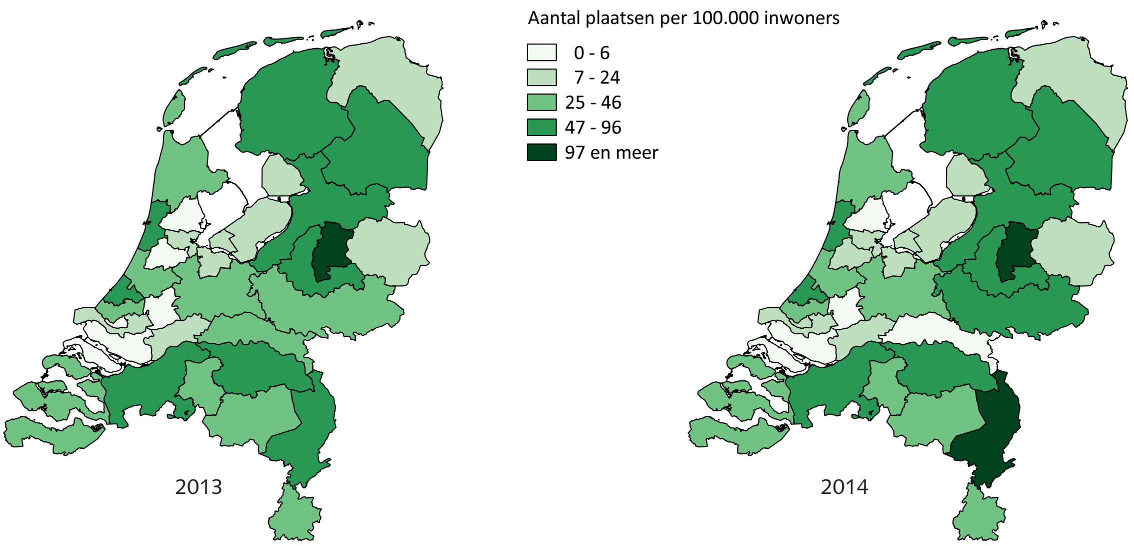
Figuur 1 Zvw- en AWBZ-gefinancierde plaatsen 2013 – 2014



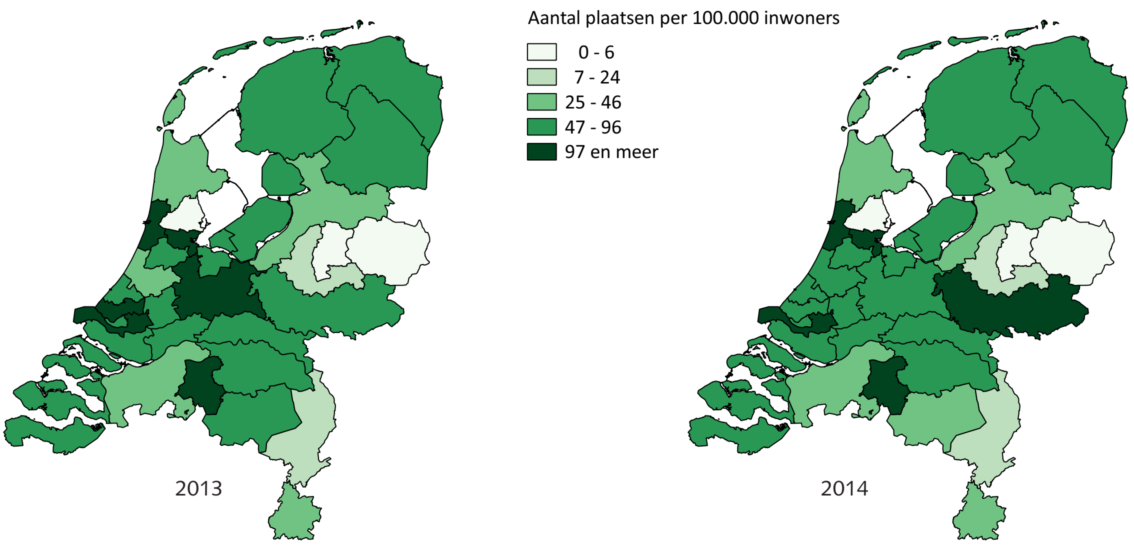
Figuur 2 Zvw-gefinancierde plaatsen 2013 – 2014



Figuur 3 Voortgezet verblijf (AWBZ-B gefinancierde) plaatsen 2013 – 2014



Figuur 4 Beschermd wonen (AWBZ-C gefinancierde) plaatsen 2013 – 2014



4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de eerste uitvraag van de LMA bij de GGZ-aanbieders namen 69 aanbieders deel. Vooral de geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's (die eerder aan de LMIG deelnamen) waren sterk vertegenwoordigd. De data van de deelnemende instellingen laten zien dat het aantal Zvw-gefinancierde intramurale plaatsen tussen 2012 en 2014 met twaalf procent afnam. Het aantal unieke personen dat Zvw-gefinancierd opgenomen werd, was in 2014 nagenoeg hetzelfde als in 2013, maar het aantal opnameperioden en het aantal geopende DBC's met verblijf stegen wel. Dit duidt erop dat tenminste een deel van de cliënten meerdere malen werd opgenomen en dat dit in 2014 of bij een grotere groep het geval was en/of dat eenzelfde groep cliënten steeds frequenter (kortdurend) werd opgenomen. Daarbij nam het aantal verblijfsdagen met een intensieve(re) verzorgingsgraad en het aantal verblijfsdagen op gesloten afdelingen toe. Dit betekent dat op de intramurale plaatsen die overblijven een steeds intensiever wordende intramurale zorg wordt geboden.

Het aantal klinische voortgezet verblijf plaatsen (AWBZ-B gefinancierde) daalde ook tussen 2012 en 2014. Het aantal gesloten plaatsen groeide ook hier maar het aantal plaatsen met een zwaardere ZZP steeg niet langer tussen 2013 en 2014. Het beeld van de in- en uitstroom van cliënten is grillig en er kan niet gesproken worden van een eenduidige trend. Een voorzichtige duiding van de ontwikkeling tussen 2013 en 2014 is dat zowel de in- als de uitstroom steeg maar de uitstroom sterker dan de instroom waardoor het totaal aantal mensen (en plaatsen) in het voortgezet verblijf daalde.

Het aantal beschermd wonen (AWBZ-C gefinancierde) plaatsen daalde tussen 2013 en 2014, voor het eerst. Het aantal verblijfsdagen met een zware ZZP bleef wel toenemen. De instroom lijkt te dalen hetgeen echter ook lijkt te gelden voor de uitstroom. Dit lijkt er op te wijzen dat de algehele doorstroom in de voorzieningen voor beschermd wonen stagneert.

Regionaal zijn er duidelijke verschillen tussen het aantal intramurale plaatsen per 100.000 inwoners. Deze verschillen zijn tussen 2013 en 2014 nauwelijks kleiner geworden.

De data van de kernindicator voor de omvang van de ambulante voorzieningen voor (vooral) mensen met EPA, namelijk de data van het aantal fte van specifieke ambulante voorzieningen voor deze doelgroep, bleken helaas niet volledig genoeg om een goed beeld te kunnen schetsen van de omvang van deze ambulante voorzieningen. Andere indicatoren (van de productie) laten wel zien dat tussen 2013 en 2014 het aantal gesloten ambulante DBC's steeg, ook wat betreft de intensievere DBC's (DBC's met meer minuten). Het aantal cliënten met een ambulante DBC daalde tegelijkertijd wel, hetgeen erop wijst dat in 2014 meer cliënten meerdere DBC's hadden dan in 2013. Overigens zal de daling van het aantal cliënten met een ambulante DBC in 2014 (onder meer) veroorzaakt zijn door de invoering van de Basis GGZ; als voor 2014 gekeken wordt naar de som van het aantal cliënten met een ambulante DBC en het aantal cliënten met een product van de Basis GGZ, is er een lichte stijging waarneembaar van het aantal ambulante cliënten ten opzichte van 2013. Het aantal cliënten dat gebruik maakte van AWBZ-gefinancierde groepsbegeleiding nam af, het aantal cliënten met individuele AWBZ-gefinancierde begeleiding steeg.

De resultaten van de eerste uitvraag bij de GGZ-aanbieders van de LMA laten, gecombineerd met de resultaten van de LMIG, zien dat de eerder gesignaleerde trends van de afbouw van de omvang van de intramurale voorzieningen ook tussen 2013 en 2014 doorzet. Twee zaken vallen hierbij in ieder geval op. Bij de Zvw-gefinancierde voorzieningen lijken cliënten (of in ieder geval een groep cliënten) vaker meerdere malen opgenomen te worden in 2014 dan in 2013. Het is te vroeg en ook op basis van de resultaten niet juist om direct te spreken van 'draaideurcliënten' maar het verdient in de volgende meting van de LMA (en waar mogelijk ook met behulp van andere bronnen) wel extra aandacht. Het tweede punt betreft de aanwijzing van stagnatie van doorstroom bij het beschermd wonen. Ook hier is het te vroeg om op basis

van de beschikbare resultaten vergaande conclusies te trekken, maar het verdient wel aanvullende aandacht bij de volgende meting.

Ten slotte moet, evaluerend, stil gestaan worden bij aan de ene kant de omvangrijkheid van het verkregen databestand maar tegelijkertijd ook bij de beperkingen hiervan. Vooral wat betreft de indicatoren van de omvang en het gebruik van ambulante voorzieningen voor de EPA doelgroep bleken de gekozen methode en respondenten niet altijd even succesvol. De indicatoren staan nog steeds, maar voor de volgende meting zal gezocht moeten worden naar een andere methode dan wel groep respondenten om samen de gewenste informatie mee te verzamelen.

Bijlage D.I
Klankbordgroep data-uitvraag

Dhr. H. Noordtzij	Parnassia groep
Mevr. M. Nekeman	Parnassia groep
Dhr. C. Reestman	HVO Querido
Dhr. G. de Valk	Altrecht
Dhr. C. Voorn	Accare

Bijlage D.II
Resultaten DJI- en Wmo-gefinancierde GGZ en verplichte GGZ

De data-uitvraag bij de instellingen die deelnemen aan de LMA focust op de ontwikkelingen van de Zvw- en AWBZ-gefinancierde GGZ. Daarnaast worden ook ontwikkelingen van de DJI- en Wmo- gefinancierde intramurale GGZ capaciteit gemonitord om zo eventuele verschuivingen tussen financieringskaders te kunnen signaleren. In deze bijlage worden de kerngegevens van de intramurale DJI- en Wmo-gefinancierde voorzieningen in 2014 gepresenteerd. Ook worden de resultaten van de data-uitvraag over de verplichte GGZ in 2014 vermeld.

Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2014

	Plaatsen 2014	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2012-2014 (%)
Geïntegreerde GGZ-instelling	880	24,2	-22,6	-3,8
RIBW	101	7,2	7,7	15,4
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	62	*	*	*
Forensisch Psychiatrisch Centrum	539	-2,8	-17,2	-19,6
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig	10			
Totaal	**1601**	**12,2**	**-19,4**	**-9,5**

* Omdat te weinig instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie aan alle drie de meetjaren deelnamen, kunnen er geen mutatiecijfers voor deze categorie instellingen berekend worden.

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan zowel de twee metingen van de LMIG als de eerste meting van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen tussen 2012 en 2013 steeg, maar tussen 2013 en 2014 dusdanig afnam dat er in totaal tussen 2012 en 2014 sprake is van een daling.

Een kleine groep instellingen (acht) gaf aan Wmo-gefinancierde plaatsen te hebben gehad in 2014; in totaal ging het om 386 plaatsen en 744 cliënten. Dit zal echter een onderschatting zijn van de Wmo-gefinancierde plaatsen en cliënten omdat naar verwachting meer deelnemers dergelijke plaatsen bieden dan nu uit de resultaten kan worden opgemaakt.

Aan de deelnemende instellingen werd een aantal vragen gesteld over de verplichte GGZ (cliënten met een IBS of RM). Uit de aangeleverde cijfers blijkt dat, gemiddeld genomen, 13 procent van de geproduceerde verblijfsdagen, verblijfsdagen van cliënten met een IBS of RM betrof. Bij de AWBZ-gefinancierde dagen ging het hier om vier procent van de geproduceerde dagen. Bij deze cijfers moeten twee kanttekeningen geplaatst worden. Allereerst gaf een aantal instellingen aan niet over deze cijfers te beschikken waardoor de genoemde percentages betrekking hebben op een kleine groep deelnemers. Ten tweede was de spreiding van de genoemde percentages groot. Zo was er een instelling die aangaf dat, naar schatting, 27 procent van de Zvw-gefinancierde verblijfsdagen betrekking had op cliënten met een IBS of RM. Bij een andere instelling betrof het twee procent. Aangezien deze vragen voor het eerst werden gesteld, kunnen er geen mutatiecijfers berekend worden.

Bijlage D.III
Deelnemende instellingen LMA en LMIG

Geïntegreerde GGZ-instellingen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Altrecht	Ja	Ja	Ja
Arkin	Ja	Ja	Ja
GGZ Breburg	Ja	Ja	Ja
De Viersprong	Ja	Ja	Ja
Delta Psychiatrisch Centrum	Ja	Nee	Nee
Dimence	Ja	Ja	Ja
Eleos	Ja	Ja	Ja
Emergis	Ja	Ja	Ja
Stichting Fier Fryslân	Ja	Ja	Ja
GGNet	Ja	Ja	Ja
GGZ Centraal	Ja	Ja	Ja
GGZ Delfland	Ja	Ja	Ja
GGZ Drenthe	Ja	Ja	Ja
GGZ Friesland	Ja	Ja	Ja
GGZ inGeest	Ja	Ja	Ja
GGZ Noord-Holland-Noord	Ja	Ja	Ja
GGZ Oost Brabant	Ja	Ja	Ja
GGZ Eindhoven en de Kempen	Ja	Ja	Ja
GGZ Westelijk Noord Brabant	Nee	Ja	Ja
Leger des Heils Gelderland	Nee	Nee	Nee
Lentis	Ja	Ja	Ja
Lievegoed Zorggroep	Ja	Ja	Nee
Mediant	Ja	Ja	Ja
Mondriaan	Ja	Ja	Ja
Orbis	Ja	Ja	Ja
Parnassia Bavo Groep	Ja	Ja	Ja
Pro Persona	Ja	Ja	Ja
Reinier van Arkel Groep	Ja	Ja	Ja
Rivierduinen	Ja	Ja	Ja

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Sinai Centrum	Ja	Nee	Nee
Stichting Centrum '45	Nee	Ja	Ja
Vincent van Gogh	Ja	Ja	Ja
Yulius	Ja	Ja	Ja

RIBW's

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Cordaan	Ja	Ja	Ja
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Ja	Ja	Ja
RIBW Fonteynenburg	Ja	Nee	Nee
RIBW Groep Overijssel	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja
HVO/Querido	Ja	Ja	Ja
Kwintes	Ja	Ja	Ja
Mensana (MET ggz)	Ja	Ja	Ja
Stichting Pameijer	Ja	Ja	Ja
Stichting PerspeKtief	Ja	Ja	Ja
Promens Care	Ja	Ja	Ja
RIBW Arnhem en Veluwevallei	Ja	Ja	Ja
RIBW Brabant	Ja	Ja	Ja
RIBW Gooi en Vechtstreek	Ja	Ja	Ja
RIBW Heuvelland en Maasvallei (Levanto groep)	Ja	Nee	Nee
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden	Ja	Ja	Ja
RIBW Nijmegen & Rivierenland	Ja	Ja	Ja
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland	Ja	Ja	Nee
Stichting Riwis Zorg & Welzijn	Ja	Nee	Ja
SBWU	Ja	Ja	Ja
Stichting Anton Constandse	Ja	Ja	Ja
Woonzorgnet bv	-	-	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Accare	Ja	Ja	Nee
De Bascule	Ja	Ja	Ja
Curium-LUMC	Ja	Ja	Ja
Dr. Leo Kannerhuis	Ja	Ja	Nee
De Jutters	Ja	Nee	Nee
Karakter	Ja	Ja	Ja
LSG-Rentray (Intermetzo)	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja
Mutsaersstichting	Ja	Ja	Ja
Triversum	Ja	Ja	Ja
Yorneo	Ja	Ja	Nee
Stichting Elker	-	-	Ja
Amarant groep	-	-	Ja
Autistart bv	-	-	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Bouman GGZ	Ja	Nee	Nee
Castle Craig	Nee	Nee	Nee
IrisZorg	Ja	Ja	Nee
Novadic-Kentron	Nee	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Nee
Rodersana BV	Nee	Nee	Nee
Stichting De Hoop	Ja	Ja	Nee
Tactus Verslavingszorg	Ja	Nee	Nee
Verslavingszorg Noord Nederland	Ja	Ja	Ja
Victas	Ja	Ja	Nee
IGHD verslavingszorg bv	-	-	Ja
Ready for change bv	-	-	Ja

Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
FPC De Rooyse Wissel	Ja	Ja	Ja
FPC Oldenkotte	Ja	Ja	Ja
FPC De Oostvaarderskliniek	Ja	Ja	Ja
FPC Veldzicht	Ja	Ja	Ja
FPC De Kijvelanden	Ja	Ja	Nee
Forensische zorgspecialisten	Nee	Nee	Nee

Andere aanbieders met intramurale GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
Stichting maatschappelijke opvang Breda	-	-	Ja
Stichting de Hezenberg	-	-	Ja

Aanbieders met uitsluitend ambulante GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA (data over 2014)
GGD Amsterdam	-	-	Ja
Mentaal beter	-	-	Ja
Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld	-	-	Ja
Stichting Odibaan	-	-	Ja

Bijlage D.IV
Intramurale GGZ per gemeente

(zie bijlage D.VI voor zorgkantoorregios' van non-responderende instellingen)

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Aa en Hunze	1	0	0	0	0	0
Aalten	3	60	6	16	38	0
Alblasserdam	1	39	0	0	39	0
Alkmaar	3	165	99	0	66	4
Almelo	6	184	89	31	65	2
Almere	4	224	41	5	178	164
Alphen aan den Rijn	2	126	29	51	47	0
Amersfoort	2	578	129	306	143	1
Amsterdam	8	1866	591	191	1085	70
Apeldoorn	3	486	111	130	245	1
Arnhem	4	454	26	0	428	0
Assen	4	805	276	326	204	87
Baarle-Nassau	2	62	0	0	62	3
Baarn	1	27	0	0	27	0
Barendrecht	1	78	78	0	0	0
Barneveld	6	176	41	0	135	0
Beesel	1	1	0	0	1	0
Bergen op Zoom	4	477	197	229	51	31
Berkelland	2	43	0	0	43	43
Bernheze	1	9	0	0	9	0
Best	1	2	0	0	2	0
Beverwijk	1	52	0	0	52	0
Blaricum	1	58	58	0	0	0
Bloemendaal	4	514	98	146	270	2
Boekel	1	274	53	216	5	7
Borger-Odoorn	1	0	0	0	0	0
Boxmeer	1	22	2	1	19	0

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Breda	5	281	97	4	180	7
Brummen	5	454	91	138	225	54
Bussum	1	58	5	53	0	0
Capelle aan den IJssel	2	355	136	58	162	0
Coevorden	1	16	0	0	16	0
Dalfsen	1	2	0	0	2	0
De Bilt	1	22	0	0	22	0
Delft	2	337	85	57	195	0
Delfzijl	1	52	4	12	36	0
Den Helder	1	27	0	0	27	0
Deurne	1	17	1	3	13	2
Deventer	3	325	89	212	24	2
Doetinchem	2	141	55	1	85	0
Dongeradeel	1	16	0	0	16	0
Dordrecht	1	129	51	29	48	1
Dronten	1	27	0	0	27	0
Eersel	1	29	29	0	0	0
Eindhoven	3	655	205	226	223	157
Elburg	2	39	1	0	39	0
Emmen	2	86	2	0	84	2
Enkhuizen	1	12	0	12	0	0
Enschede	3	360	148	92	121	5
Epe	1	46	0	0	46	0
Ermelo	2	378	108	228	42	0
Etten-Leur	1	232	6	207	19	0
Franekeradeel	1	208	38	111	58	21
Geldrop-Mierlo	1	17	17	0	0	0
Gemert-Bakel	1	42	0	3	39	1
Goeree-Overflakkee	1	26	0	0	26	0
Goes	1	304	165	85	54	0
Goirle	2	15	8	0	7	0
Gorinchem	1	46	15	13	18	0
Gouda	3	164	44	4	116	0
Groningen	5	496	240	25	232	2
Haaksbergen	1	12	0	2	11	1

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Haaren	3	359	134	180	44	22
Haarlemmermeer	3	194	68	20	106	1
Halderberge	1	13	0	0	13	0
Hardenberg	3	77	15	4	58	164
Harderwijk	1	15	0	0	15	0
Harlingen	1	24	4	19	1	0
Hattem	1	13	13	0	0	0
Heemstede	1	19	0	0	19	0
Heerenveen	1	137	51	37	49	1
Heerhugowaard	2	43	0	14	29	0
Heerlen	2	693	242	228	224	39
Heiloo	3	482	150	266	66	98
Hellendoorn	1	20	0	0	20	0
Hellevoetsluis	1	33	0	0	33	0
Helmond	1	148	63	19	65	0
Hendrik-Ido-Ambacht	2	104	0	0	104	0
Hengelo	2	108	23	20	65	1
Heusden	1	8	0	0	8	0
Hilvarenbeek	1	1	0	0	1	0
Hilversum	1	46	45	2	0	0
Hoogeveen	2	118	18	0	100	0
Hoogezand-Sappemeer	1	22	0	0	22	7
Hoorn	1	49	35	13	1	0
Horst aan de Maas	1	15	0	12	3	0
Houten	1	48	0	0	48	0
Huizen	1	203	0	0	203	3
Hulst	1	12	0	0	12	0
Kampen	2	52	0	5	47	0
Kapelle	1	49	0	0	49	0
Katwijk	2	24	0	0	24	0
Landerd	2	20	0	20	0	0
Langedijk	1	35	18	0	17	0
Lansingerland	2	51	0	38	14	0
Leeuwarden	3	302	149	45	108	1
Leiden	1	103	26	1	76	0

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Leidschendam-Voorburg	1	145	55	88	2	0
Lelystad	3	186	48	32	106	64
Lingewaal	1	29	0	0	29	0
Lingewaard	1	6	0	0	6	0
Lisse	1	8	0	0	8	0
Maasdriel	3	173	53	10	111	0
Maassluis	1	23	0	0	23	0
Maastricht	1	13	13	0	0	0
Meppel	1	27	0	0	27	0
Middelburg	1	48	0	0	48	0
Molenwaard	1	132	85	19	28	0
Neder-Betuwe	3	72	4	0	68	4
Nederlek	1	20	0	0	20	0
Nieuwegein	2	188	28	0	160	3
Nijkerk	1	0	0	0	0	0
Nijmegen	5	485	49	0	437	0
Noordenveld	1	4	0	0	4	0
Noordoostpolder	1	50	0	0	50	0
Noordwijk	1	11	0	0	11	0
Noordwijkerhout	1	124	35	12	78	0
Nunspeet	1	27	0	0	27	0
Oegstgeest	2	194	62	117	14	0
Oirschot	1	0	0	0	0	0
Oisterwijk	1	38	0	0	38	1
Oldenzaal	1	20	0	4	16	0
Oost Gelre	2	62	8	11	43	0
Oosterhout	2	46	8	4	34	0
Ooststellingwerf	1	0	0	0	0	0
Oud-Beijerland	2	58	0	0	58	0
Ouder-Amstel	1	20	20	0	0	0
Papendrecht	1	0	0	0	0	0
Peel en Maas	1	9	0	1	8	0
Pekela	1	158	61	12	85	0
Pijnacker-Nootdorp	1	18	18	0	0	0
Purmerend	2	54	37	15	1	0

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Putten	1	37	2	8	27	0
Raalte	2	63	1	49	13	1
Renkum	3	933	420	422	91	30
Reusel-De Mierden	1	1	0	0	1	0
Ridderkerk	1	29	0	0	29	0
Rijnwaarden	1	1	0	0	1	0
Rijssen-Holten	1	7	0	0	7	0
Roermond	2	331	0	317	14	0
Roosendaal	1	35	2	3	30	0
Schiedam	2	202	64	25	113	0
Schouwen-Duiveland	1	15	0	0	15	0
's-Gravenhage	2	1430	379	435	617	95
's-Hertogenbosch	2	382	103	150	129	1
Sint Anthonis	1	8	0	0	7	0
Sittard-Geleen	1	65	48	17	0	0
Sluis	1	14	0	0	14	0
Smallingerland	1	90	30	2	58	1
Soest	1	31	0	0	31	0
Someren	1	17	0	10	7	0
Spijkenisse	1	43	0	0	43	0
Stadskanaal	1	50	3	18	29	0
Steenwijkerland	2	43	1	2	40	0
Stichtse Vecht	1	22	0	0	22	0
Südwest-Fryslân	1	85	4	7	75	1
Terneuzen	2	69	19	16	34	0
Teylingen	1	5	5	0	0	0
Tholen	1	8	0	0	8	0
Tilburg	5	602	141	154	306	2
Uden	1	50	4	1	44	0
Utrecht	2	569	137	34	398	14
Veenendaal	1	123	0	0	123	0
Velsen	1	16	0	0	16	0
Venlo	2	96	93	2	0	0
Venray	2	564	176	308	81	174
Vlaardingen	1	29	0	0	29	0

Gemeente	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Vlissingen	1	31	0	0	31	0
Voorst	1	33	0	0	33	1
Waalwijk	2	139	11	6	122	1
Weert	1	28	28	0	0	0
Westerveld	1	0	0	0	0	0
Westland	1	37	0	0	37	0
Weststellingwerf	2	408	92	281	35	46
Wijchen	1	1	1	0	0	0
Wijk bij Duurstede	2	34	0	0	34	1
Winsum	1	43	0	0	43	0
Winterswijk	2	45	21	0	24	0
Woerden	3	154	46	6	102	3
Zaanstad	2	39	25	3	11	2
Zandvoort	1	58	0	0	58	0
Zeewolde	1	54	54	0	0	0
Zeist	4	511	237	115	159	91
Zevenaar	1	36	0	0	36	0
Zoetermeer	1	19	18	0	1	0
Zuidplas	4	839	146	75	619	24
Zwolle	3	404	132	61	211	11

Bijlage D.V
Intramurale GGZ per zorgkantoorregio

(zie bijlage D.VI voor zorgkantoren van non-responderende instellingen)

Absolute cijfers

Zorgkantoorregio	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Amstelland en De Meerlanden	4	296	114	30	153	1
Amsterdam	7	1784	565	181	1038	70
Apeldoorn/Zutphen	4	851	197	269	386	55
Arnhem	12	2147	586	450	1111	78
Delft/Westland/Oostland	4	444	103	95	246	0
Drenthe	5	1056	296	326	434	89
Flevoland	3	263	48	32	182	64
Friesland	6	1271	369	502	400	71
Groningen	5	821	307	66	448	9
Haaglanden	3	1594	452	523	619	95
Kennemerland	4	929	201	279	448	2
Midden-Brabant	6	809	159	161	488	4
Midden-Holland	3	193	44	4	145	0
Midden-IJssel	3	421	90	261	70	4
Nieuwe Waterweg Noord	2	253	64	25	164	0
Nijmegen	8	532	50	0	482	0
Noord- en Midden-Limburg	4	1044	297	641	106	174
Noord-Holland Noord	3	543	200	172	172	102
Noordoost-Brabant	4	1296	349	578	369	30
Rotterdam	4	1194	281	132	780	25
‘t Gooi	5	590	149	60	381	167
Twente	8	712	259	149	304	9
Utrecht	8	2298	595	456	1247	112
Waardenland	2	450	151	61	238	1
West-Brabant	7	1138	310	445	383	41
Zaanstreek/Waterland	3	93	62	18	12	2

Zorgkantoorregio	Aantal instellingen	Totaal plaatsen	Zvw plaatsen	VV plaatsen	BW plaatsen	DJI plaatsen
Zeeland	3	550	185	101	265	0
Zuid-Holland Noord	5	647	190	187	270	0
Zuid-Hollandse Eilanden	3	267	78	0	189	0
Zuid-Limburg	4	771	302	245	224	39
Zuidoost-Brabant	7	927	316	262	350	160
Zwolle	8	1088	272	308	507	174

Bijlage D.VI
Zorgkantoorregio's non-responderende instellingen

Zorgkantoren*:

Haaglanden
Rotterdam
Zuid-Hollandse eilanden
Zuid-Limburg
Arnhem
Zaanstreek Waterland
Noord Holland Noord

*Zorgkantoren waar gegevens van (een) enkele gemeente(n) missen, zijn niet opgenomen in dit overzicht

Bijlage D.VII
Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Op basis van de data van de deelnemers van de LMIG en LMA, imputatie van data van missende jaren van deelnemers (voor bijvoorbeeld deelnemers die wel over 2012 en 2013 data hebben aangeleverd maar niet over 2014) en bijschatting van de intramurale capaciteit van de instellingen die niet deelnemen of deelgenomen hebben, op basis van DigiMV data, is een schatting verkregen van de totale Nederlandse intramurale GGZ capaciteit (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen).

Tabel 1. Geschatte Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014
Zvw	11100	10900	10200
AWBZ Voortgezet verblijf (B-paketten)*	7600	7500	7100
AWBZ Beschermd wonen (C-paketten)*	17600	17300	17200
Totaal	36300	35700	34500

* exclusief 'AWBZ overig'.

Bijlage E
Deelonderzoek beleidsontwikkelingen centrumgemeenten

F. van Hoof
A. Knispel
H. Kroon
M.m.v. Michel Planije

Inleiding

In het kader van de *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ* is in juni 2015 een enquête uitgezet onder alle centrumgemeenten. De centrumgemeenten werd daarin gevraagd naar de stand van zaken in de gemeentelijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van 'mensen met een psychische kwetsbaarheid'[1], de plannen met betrekking tot de overgehevelde GGZ-voorzieningen, de lokale samenwerking en de ervaringen met de decentralisatie van de GGZ tot dusver. In totaal 33 van 43 aangeschreven centrumgemeenten respondeerden op de enquête. Dat komt neer op een respons van 77%.

In deze bijlage zetten we de resultaten van de enquête op een rij. In een korte beschouwing aan het slot van deze bijlage, plaatsen we de enquêteresultaten naast de bevindingen uit een aantal andere recente onderzoeken naar en inventarisaties van de ontwikkelingen in het lokale beleid.

Lokale beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid

Gemeentelijk beleid voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid kan op verschillende manieren vormgegeven worden. Bijvoorbeeld door middel van een separaat beleidsplan voor deze doelgroep of juist door integratie in het beleid op deelsectoren of voor bredere doelgroepen. Ook kunnen inhoudelijke accenten verschillen. Centrumgemeenten zijn gevraagd naar de actuele stand van zaken in de vormgeving en inhoud van het lokale beleid voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Een grote meerderheid van responderende centrumgemeenten (79%) geeft aan dat zij niet beschikken over een *separaat* beleidsplan, specifiek gericht op de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ruim de helft van alle centrumgemeenten (51,2%) geeft aan ook niet van plan te zijn een separaat plan voor de ondersteuning aan deze doelgroep te maken. Daarbij lichten enkele gemeenten toe dat het beleid voor deze groep is geïntegreerd in algemeen beleid voor kwetsbare groepen, in het algemene Wmo-beleid, in het bredere beleid in het kader van het Stedelijk Kompas (maatschappelijke opvang) of in aankomende plannen rond 'verwarde personen'.

Ruim een kwart van de centrumgemeenten (27%) heeft ten tijde van de uitvraag ook nog geen apart beleidsplan voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, maar is wel van plan een dergelijk beleidsplan te maken. Enkele van deze gemeenten lichten toe dat het dan vooral zal gaan om het beleid rond opvang en beschermd wonen (Stedelijk Kompas wordt wederom genoemd). Ook verwijst één van deze gemeenten opnieuw naar de te ontwikkelen plannen rond de 'verwarde personen'.

Een kleine minderheid van circa een vijfde (21%) van de responderende centrumgemeenten geeft aan inmiddels wél over een *separaat* beleidsplan te beschikken, specifiek gericht op de ondersteuning aan deze doelgroep (door een enkele gemeente daarbij gespecificeerd als de 'OGGZ-doelgroep'). Bij deze groep centrumgemeenten – zeven in totaal – is gevraagd naar de specifieke thema's die in de respectievelijke beleidsplannen aan bod komen. Elk van deze centrumgemeenten geeft aan dat in ieder geval de ondersteuning bij zelfstandig functioneren (het meest genoemd als 'prioritair thema'), dagbesteding, werk en onderwijs in de beleidsplannen geagendeerd zijn. Bij de meeste (zes van de zeven gemeenten) wordt ook aandacht besteed aan wonen, overlast/veiligheid en de toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Iets minder vaak (bij vier van de zeven gemeenten) wordt aandacht besteed aan de ondersteuning van mantelzorgers en aan stigmabestrijding/beeldvorming (het minst genoemd als 'prioritair thema'). Specifieke aandacht voor burgerinitiatieven van mensen met ernstige psychische kwetsbaarheid (cliëntgestuurde projecten) komt naar zeggen van de respondenten in vijf van deze zeven beleidsplannen aan bod.

Beleid voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt naar zeggen van de respondenten door veel gemeenten dus geïntegreerd in beleidsplannen voor bredere doelgroepen of bredere beleidsdomeinen. Aan de centrumgemeenten (zowel gemeenten zonder een separaat beleidsplan voor mensen met een psychische kwetsbaarheid als gemeenten met een dergelijk plan) is ook gevraagd in hoeverre *separate* aandacht wordt besteed aan (de ondersteuning) van mensen met een psychische kwetsbaarheid in

1 De populatie van 'mensen met een psychische kwetsbaarheid' werd in de vragenlijst gedefinieerd als 'mensen die vanwege een (ernstige) psychische aandoening of (ernstige) verslavingsproblematiek niet goed in staat zijn om zonder ondersteuning als volwaardig burger deel te nemen aan de lokale samenleving'.

gemeentelijke beleidsnota's op een aantal van deze bredere beleidsterreinen. De resultaten laten zien dat aan de 'opvangkant' van de lokale samenleving meer specifieke beleidsaandacht voor deze doelgroep bestaat dan aan de 'participatiekant'. Zo wordt het vaakst aparte beleidsaandacht aan deze doelgroep besteed in beleidsnota's rond maatschappelijke opvang (85%), de Wmo (82%), de openbare gezondheidszorg (73%) en wonen (70 %). Ook in beleidsnota's rond veiligheid komt deze doelgroep relatief vaak apart aan bod (58%). Veel minder vaak is er bij weten van de respondenten specifieke beleidsaandacht voor deze doelgroep in gemeentelijke beleidsnota's op het gebied van armoedebeleid (39%), de participatiewet (36%) en onderwijsbeleid (21%).

Organisatie, bestemming en capaciteit overgehevelde GGZ-voorzieningen

Voor een aantal specifieke GGZ-voorzieningen die voorheen vanuit de AWBZ werden gefinancierd, is in 2015 de verantwoordelijkheid overgeheveld naar gemeenten. In het bijzonder gaat het om voorzieningen voor beschermd wonen, individuele ambulante begeleiding en ambulante groepsbegeleiding (inloop- en dagactiviteitencentra). Centrumgemeenten zijn gevraagd wat de plannen zijn met betrekking tot deze voorzieningen. In hoeverre willen gemeenten deze voorzieningen als separate, doelgroepspecifieke voorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in stand houden dan wel integreren in het aanbod voor een bredere doelgroep? En voor zover de voorzieningen als doelgroepspecifieke voorzieningen in stand blijven, wat zijn dan de eventuele uitbreidings- dan wel afbouwplannen?

Beschermd wonen

We zagen al dat een groot deel van de gemeenten afziet van een separaat beleidsplan voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Niettemin geeft een grote meerderheid (79%) desgevraagd aan van plan te zijn de beschermende woonvoorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid vooralsnog als separate, doelgroepspecifieke voorziening te blijven aanbieden. Een enkele centrumgemeente licht toe dat daarin vooralsnog ook weinig te kiezen valt, gezien het overgangsrecht van BW-geïndiceerden. Ook wordt erop gewezen dat één en ander mede afhankelijk zal zijn van de vraag welk aandeel van de plaatsen voor 'zwaardere' BW-geïndiceerden uiteindelijk alsnog vanuit de WLZ gefinancierd zal worden. Twee gemeenten geven expliciet aan niet van plan te zijn de overgehevelde beschermende woonvoorzieningen als separate, doelgroepspecifieke voorziening te blijven aanbieden. De betreffende gemeenten lichten toe dat men wil 'ontschotten op inhoud' en meer samenhang met andere voorzieningen wil bewerkstelligen. De overige gemeenten weten nog niet wat in deze het beleid zal worden. Eén van deze gemeenten licht toe dat men zoveel als mogelijk toe wil werken naar een 'integraal', non-categoraal aanbod, maar dat nog niet duidelijk is of dit ook voor de hele doelgroep van mensen met een psychische kwetsbaarheid zal lukken.

Over de toekomstige capaciteit van het BW voor mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn de meeste gemeenten nog niet uit. Een grote meerderheid (85%) geeft aan dat er (nog) geen inkrimpings- (of uitbreidings)plannen zijn. Enkele lichten toe op termijn de mogelijkheden van 'ambulantisering' wel te zullen gaan bekijken. Een kleine groep van 4 gemeenten geeft aan dat er al wel plannen zijn om de BW-capaciteit voor mensen met een psychische kwetsbaarheid te gaan verminderen.

Ambulante begeleiding

Ook met betrekking tot de voorheen vanuit de ABWZ gefinancierde ambulante begeleiding voor mensen met psychische kwetsbaarheid voorziet een meerderheid (61%) van de centrumgemeenten vooralsnog in instandhouding van het categorale, doelgroepspecifieke karakter daarvan. Een kwart (24%) is echter van plan deze voorzieningen niet meer doelgroepspecifiek aan te bieden. Een enkele gemeente licht toe dat de ambulante begeleiding wordt geïntegreerd in een breed ambulant ondersteuningsaanbod voor kwetsbare burgers. Een klein aantal gemeenten weet nog niet wat in deze het beleid zal worden. Ook hier licht een gemeente toe dat men wil toewerken naar een non-categoraal aanbod, maar nog niet te weten of dat ook voor de hele doelgroep van mensen met een psychische kwetsbaarheid zal lukken.

Eén centrumgemeente meldt dat er inkrimpingsplannen zijn met betrekking tot toekomstige capaciteit van de ambulante begeleiding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Alle overige gemeenten hebben vooralsnog geen plannen om deze voorzieningen in te krimpen of uit te breiden of zijn daar nog niet uit.

Inloop- en activiteitencentra
Wat betreft de overgehevelde GGZ-voorzieningen voor ambulante groepsbegeleiding (inloopcentra, dagactiviteitencentra) geeft een minderheid (41%) van de responderende centrumgemeenten aan deze als categorale, doelgroepspecifieke voorzieningen in stand te willen houden. Een kwart (25%) is dat niet van plan en een derde (34%) weet het nog niet. Enkele van de gemeenten die het categorale karakter van de voorzieningen achter zich willen laten, geven aan te willen komen tot een nieuwe structuur van 'gebiedsgerichte inloop- en activiteitenlocaties' voor iedereen met een ondersteuningsbehoefte op dit gebied. Enkele van de gemeenten die hun keuze nog moeten maken, lichten toe in principe toe te willen naar 'integrale' voorzieningen voor bredere doelgroepen, maar niet uit te sluiten dat voor een kleinere, specifieke groep kwetsbare burgers categorale voorzieningen nodig blijven. Van de gemeenten die vooralsnog opteren voor instandhouding van het categorale karakter van de bestaande voorzieningen, maakt geen enkele melding van uitbreidings- dan wel inkrimpingsplannen.

Burgerinitiatieven / cliëntgestuurde projecten
Eigen kracht en initiatieven van burgers zelf nemen een centrale plaats in in het gedachtegoed van de Wmo. Voorbeelden van dergelijke burgerinitiatieven zijn projecten en voorzieningen voor en door mensen met een psychische kwetsbaarheid ('cliëntgestuurde' voorzieningen, soms ook voor bredere doelgroepen). Voor een belangrijk deel werden ook deze projecten voorheen gefinancierd met middelen vanuit de AWBZ. Centrumgemeenten zijn gevraagd naar hun bekendheid met en eventuele ondersteuning van deze projecten en voorzieningen.

Twee derde (66%) van de centrumgemeenten zegt bekend te zijn met (doorgaans enkele) burgerinitiatieven / cliëntgestuurde projecten of voorzieningen door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in de gemeente. Al deze gemeenten geven ook aan financiële ondersteuning te bieden aan (enkele) van deze projecten / voorzieningen. Gevraagd naar plannen voor uitbreiding dan wel inkrimping van deze financiële ondersteuning meldt ruim een derde van de betrokken gemeenten die ondersteuning te willen uitbreiden. Geen enkele gemeenten meldt in deze inkrimpingsplannen. Een derde (34%) van alle respondenten meldt niet bekend te zijn met burgerinitiatieven / cliëntgestuurde projecten of voorzieningen door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in de gemeente.

Organisatie van de ambulante ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid
Verschillende ambulante voorzieningen kunnen een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het meest op de voorgrond staan:
- De gespecialiseerde ambulante begeleiding, gefinancierd vanuit de gemeente
- Gespecialiseerde ambulante GGZ, gefinancierd vanuit de ZVW (bijvoorbeeld FACT-teams)
- De (gebiedsgerichte) sociale wijkteams
- POH GGZ (praktijkondersteuner huisarts)

Centrumgemeenten zijn gevraagd naar (hun visie op) de uitvoeringsregie en afstemming tussen deze voorzieningen.

Daarbij zijn gemeenten allereerst gevraagd in hoeverre lokale afspraken zijn gemaakt over de afstemming en samenwerking tussen de bovengenoemde ambulante zorgvormen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Voor zover bekend bij de respondenten zijn in 53% van de centrumgemeenten afspraken gemaakt over de specifieke doelgroepen van de verschillende categorieën ambulante voorzieningen. In 44% van de centrumgemeenten zijn afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en eveneens in 44% over wederzijdse consultatie. In 34% van de gemeenten zijn er ook afspraken over onderlinge verwijsprocedures en –criteria. Eén en ander impliceert ook dat er bij een groot deel van de gemeenten nog geen sprake is van concrete afstemmings- en samenwerkingsafspraken tussen de diverse categorieën ambulante voorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. In vrijwel al deze gevallen geven respondenten echter aan dat er wel plannen zijn om tot dergelijke afspraken te komen. Eén en ander is 'nog erg in ontwikkeling', zo wordt gemeld. Een enkele respondent geeft daarbij ook aan dat 'maatwerk' soms moeilijk in afspraken te vangen is en dat de praktijk nog grotendeels moet uitwijzen waarover afspraken nodig/mogelijk zijn. Verder geeft een aantal gemeenten aan dat op onderdelen wel afspraken bestaan, maar niet altijd met alle betrokkenen en soms alleen voor specifieke ('moeilijke') casussen.

Gemeenten zijn ook gevraagd welke van de bovengenoemde voorzieningen in hun visie de uitvoeringsregie zou moeten voeren in de ambulante ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ruim een derde (38%) van de gemeenten geeft aan dat daarop (nog) geen gemeentelijke visie is geformuleerd. Van de overige meldt de meerderheid (circa 60% - ofwel 38% van alle centrumgemeenten) dat die uitvoeringsregie bij de sociale wijkteams zou moeten liggen. Enkele gemeenten opteren ervoor die verantwoordelijkheid toe te delen aan de gemeentelijke gefinancierde, categorale ambulante begeleidingsteams of aan de POH GGZ. Slechts één centrumgemeente wil de uitvoeringsregie beleggen bij de gespecialiseerde ambulante GGZ, gefinancierd vanuit de Zvw (bijvoorbeeld de FACT-teams).

Voor zover daarover inmiddels een beleidsvisie bestaat, lijken veel gemeenten dus te opteren voor een regierol voor de sociale wijkteams in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Overigens merkt een enkele respondent op dat de uitvoeringsregie daarbij ook afhankelijk is van de ernst van de problematiek. De regiefunctie zelf kan ook op- en afgeschaald worden, zo wordt gesignaleerd. Enkele respondenten maken ook een onderscheid tussen ‘procesregie’, te beleggen bij het sociale wijkteam, en ‘casusregie’, te beleggen bij de individuele hulpverlener c.q. diens ‘moederorganisatie’.

Gemeenten zijn gevraagd of professionals met GGZ-expertise participeren in de sociale wijkteams. Alle centrumgemeenten die over sociale wijkteams beschikken, geven aan dat dat het geval is, tenminste voor een deel van de teams (vier centrumgemeenten geven aan niet over sociale wijkteams te beschikken). Omgekeerd zijn gemeenten gevraagd of zij financieel bijdragen aan de FACT-teams van de GGZ. Volgens een kwart (25%) van de respondenten is dat inderdaad het geval. Een derde (31%) van de respondenten geeft aan daar geen zicht op te hebben. De overigen (44%) melden dat de gemeente geen financiële bijdrage levert aan de FACT-teams.

Lokale afstemming en samenwerking op beleids- en bestuurlijk niveau

Een groot aantal partijen is betrokken bij de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dat vraagt ook op beleids- en bestuurlijk niveau om lokale en regionale samenwerking en regie, bijvoorbeeld rond de planning en financiering van voorzieningen, afstemming van taken en verantwoordelijkheden, beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen. Centrumgemeenten zijn gevraagd naar de stand van zaken in die lokale/regionale samenwerking tussen de gemeente, GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

Van de responderende centrumgemeenten geeft 61% aan dat er inmiddels een vaste overlegstructuur is met GGZ-instellingen, maakt 52% melding van een vaste overlegstructuur met zorgverzekeraars (niet per se alleen over de GGZ) en is er volgens 24% sprake van een vaste overlegstructuur met cliëntenorganisaties. Waar geen sprake is van een vaste overlegstructuur melden gemeenten dat er alleen overleg plaatsvindt met de respectievelijke organisaties als daar aanleiding toe is. Enkele melden daarbij dat dat nog weinig voorkomt. Wel geeft een deel van de gemeenten aan dat er inmiddels convenanten zijn gesloten met GGZ-instellingen (28%), zorgverzekeraars (44% - wederom niet per se alleen over de GGZ) of cliëntenorganisaties (9%). Gemeenten die geen convenanten hebben gesloten, geven in meerderheid aan dat ook niet van plan te zijn. Gemeenten zijn gevraagd of de regio inmiddels een structureel, gezamenlijk overleg c.q. een ‘regiegroep’ kent van gemeente, GGZ, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties (eventueel aangevuld met andere partijen), specifiek voor de organisatie van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een ruime meerderheid (59%) geeft aan dat een dergelijke overleg c.q. een dergelijke ‘regiegroep’ er niet is en dat daar ook geen plannen voor zijn (enkele gemeenten lichten toe dat er wel een regiegroep is voor het veel bredere terrein van ‘zorg en welzijn’). Eén op de vijf (19%) geeft aan dat er nog geen ‘regiegroep’ is, specifiek voor de organisatie van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, maar dat daar wel plannen voor zijn. Ruim één op de vijf centrumgemeenten meldt dat inmiddels wel sprake is van dergelijk gezamenlijk overleg c.q. van een ‘regiegroep’ voor de organisatie van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Veelgenoemde thema’s voor dit overleg zijn de actuele knelpunten rond de decentralisatie van de GGZ, de afstemming van taken en verantwoordelijkheden en de uitwisseling van ervaringen, visies en informatie. Minder vaak wordt een gezamenlijke visieontwikkeling expliciet als gespreksthema genoemd. Slechts één gemeente meldt desgevraagd dat gezamenlijke zorginkoop door zorgverzekeraars en de gemeente een bespreekpunt is in het regionale overleg.

Participatie en herstel van mensen met een psychische kwetsbaarheid staan hoog in het vaandel van de landelijke beleidsagenda. In het landelijke beleid wordt daarbij aan gemeenten een regierol toebedacht. Tegen die achtergrond zijn centrumgemeenten gevraagd of zij voor zichzelf inderdaad een regierol zien weggelegd in de ontwikkeling van een participatie- en herstelbevorderend zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Vier van de vijf centrumgemeenten (81%) antwoordt bevestigend. Eén centrumgemeente licht toe dat de herstelvisie als leidend principe zal worden opgenomen in het te ontwikkelen beleidskader en dat in de inkoopcriteria zal worden opgenomen dat een bepaald percentage van de medewerkers ervaringsdeskundige moet zijn. Een aantal gemeenten geeft echter ook aan dat visie- en beleidsontwikkeling rond dit thema nog in een beginfase verkeren. Verder geeft één op de vijf centrumgemeenten aan dat men geen regierol voor zichzelf ziet weggelegd in de ontwikkeling van een participatie- en herstelbevorderend zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (geen van deze gemeenten licht deze visie toe).

Oordelen over de decentralisatie van de GGZ tot dusver

Centrumgemeenten zijn tot slot gevraagd naar hun *oordeel* over de decentralisatie van de GGZ tot dusver en de stand van zaken in de gemeente op dit moment.

Daarbij geeft een minderheid van 41% van de gemeenten aan inmiddels voldoende zicht te hebben op de doelgroep (omvang en zorgbehoeften) van de gedecentraliseerde GGZ-voorzieningen; een meerderheid van 53% geeft aan daarop nog onvoldoende zicht te hebben. Niettemin meldt 81% dat men naar het eigen oordeel de toegang tot de overgehevelde voorzieningen inmiddels goed heeft geregeld en geeft 59% aan dat het voorzieningenaanbod van de gemeenten voor deze doelgroep naar de eigen indruk 'toereikend' is. Daar staat tegenover dat 22% van de centrumgemeenten dat voorzieningenaanbod vooralsnog 'niet toereikend' vinden. Belangrijke factor is daarbij de beschikbare middelen. Een ruime meerderheid van 72% van alle responderende centrumgemeenten is van mening dat de beschikbare middelen voor de overgehevelde taken 'niet toereikend' zijn (slechts 9% - drie gemeenten - vinden de beschikbare middelen wel toereikend). Enkele respondenten lichten toe dat ontwikkelingen in belendende deelsectoren (MO, afbouw Zvw-bedden) daar ook een rol in spelen, terwijl enkele andere gemeenten erop wijzen dat het tot dusver gehanteerde verdeelmodel (erg) ongunstig voor hen uitpakt. Ook de landelijke beleids- en financiële kaders rond de decentralisatie van de GGZ in het algemeen beoordeelt een grote meerderheid van 75% van de centrumgemeenten als 'niet toereikend' (slechts twee gemeenten vinden die kaders wel toereikend). Enkele respondenten lichten toe dat er naar hun oordeel te lang te veel onduidelijk is (beschikbare informatie over cliëntenaantallen in de voormalige AWBZ-voorzieningen, toegang tot de Wlz voor deze doelgroep, verdeelmodel). Een enkele respondent licht toe dat er naar diens oordeel onvoldoende samenhang in het beleid bestaat en dat er een onvoldoende samenhangend beeld bestaat van de financiële gevolgen van de decentralisatie van de GGZ en andere belangrijke beleidsmaatregelen voor gemeenten en cliënten.

Over de samenwerking met de lokale en regionale GGZ-aanbieders oordeelt twee derde (66%) van de centrumgemeenten positief (de samenwerking is 'goed' of 'zeer goed'). De overige beoordelen deze samenwerking als 'redelijk'. Ook over de samenwerking met de andere gemeenten in de regio oordeelt twee derde (66%) van de centrumgemeenten positief en geven de andere aan dat die samenwerking 'redelijk' verloopt. Beduidend minder positief zijn centrumgemeenten over de samenwerking met de zorgverzekeraars. Slechts 19% beoordeelt die samenwerking als 'goed', tegenover 16% die deze samenwerking als 'slecht' beoordeelt. De overige centrumgemeenten vinden dat de samenwerking met de zorgverzekeraars tot nu toe 'redelijk' verloopt. Daarbij lichten enkele gemeenten toe dat de kwaliteit van de samenwerking aanzienlijke verschillen laat zien tussen zorgverzekeraars.

Beschouwing

De enquêteresultaten laten zien dat het lokale beleid rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid in veel gemeenten nog volop in ontwikkeling is. Dat beeld kwam ook naar voren uit het deelonderzoek in de vijf verdiepingsregio (zie bijlage F). Het in goede (administratieve en financiële) banen leiden van die overheveling van de voorheen vanuit de ABWZ gefinancierde GGZ-voorzieningen voor bestaande cliënten en het voorkomen van individuele ongelukken daarbij, hebben in de eerste fase van de decentralisering veel aandacht gekost (en kosten dat in sommige gemeenten nog steeds). De meer inhoudelijke beleidsontwikkeling moet in veel gemeenten nog goeddeels op gang komen. (Ander onderzoek laat ook zien dat veel gemeenten in afwachting van die beleidsontwikkeling vooralsnog vooral korte termijn contracten met de zorgaanbieders hebben gekozen; zie GGZ Nederland, 2014, 2015a; AEF, 2015b.)

Die situatie is overigens niet uniek voor de decentralisering van de GGZ. Rond de andere twee grote decentralisaties (Jeugdwet en Participatiewet) is eenzelfde beeld te zien (zie onder andere *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen*, 2015; zie ook BMC 2014, Divosa e.a., 2014). "De [nieuwe] rol voor gemeenten is zeer omvangrijk en divers," merkt het *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen* daarbij op. De uitbreiding van het takenpakket betekent een sprong in het budget van gemeenten van 20 miljard naar 30 miljard, aldus Winter. Dat plaatst gemeenten, ook beleidsmatig, voor een zeer grote opgave.

Eén en ander neemt niet weg dat tussen gemeenten inmiddels ook de nodige verschillen lijken te bestaan in de mate waarin de beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid tot dusver gevorderd is. Waar die beleidsontwikkeling al wat verder op streek is, lijkt grofweg een onderscheid gemaakt te kunnen worden in gemeenten die kiezen voor een aparte beleidsontwikkeling voor de 'GGZ-doelgroep' en gemeenten die nadrukkelijk afzien van een 'doelgroepenbeleid' en die de ondersteuning van, onder andere, mensen met een psychische kwetsbaarheid onderdeel laten zijn van bredere beleid voor bredere doelgroepen. Dat uit zich in het al dan niet aanwezig zijn van (voornemens tot) een separaat beleidsplan voor de ondersteuning van deze populatie en in de mate waarin er specifieke aandacht bestaat voor de doelgroep binnen andere beleidsdomeinen; maar het komt ten dele ook tot uiting in de plannen met betrekking tot de overgehevelde GGZ-voorzieningen.

De algemene tendens daarbij is dat een overgrote meerderheid van de gemeenten het BW vooralsnog als doelgroepspecifieke voorziening in stand wil houden, maar dan met betrekking tot de gespecialiseerde ambulante begeleiding, maar dat met name met betrekking tot de dagbestedings- en inloopvoorzieningen ook naar andere opties wordt gekeken. Veel gemeenten zijn van plan om met name de dagbestedings- en inloopvoorzieningen te vervangen door (of de gebruikers ervan door te verwijzen naar) non-categorale, door sommige als 'gebiedsgericht' aangeduide voorzieningen[2]. Eén en ander strookt ook met het beeld zoals dat uit de laatste rapportage van *Monitor Voortgang Wmo* van GGZ Nederland naar voren komt over de door de GGZ-instellingen verwachte volumeontwikkelingen. Daarin meldt slechts een klein aantal GGZ-instellingen een afname van het volume BW te verwachten, althans voorlopig (ook de gemeenten maken nauwelijks melding van afbouwplannen, althans niet voor de korte termijn), maar voorziet 60% van de GGZ-instellingen een afname van het volume gespecialiseerde ambulante begeleiding en meldt 60% dagbestedings- en inlooplocaties te gaan sluiten of al te hebben gesloten (GGZ Nederland, 2014, 2015a; zie ook AEF, 2015b).

Ook rond de uitvoeringsregie in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid verkeren veel gemeenten nog in een oriëntatiefase, maar maken enkele andere al een wat meer expliciete keuze. In dat laatste geval blijkt veelal het sociale wijkteam te worden aangewezen als regievoerder. Belangrijk in dat verband is dat ander recent onderzoek laat zien dat ook de ontwikkeling van de wijkteams in de meeste gemeenten nog in een beginfase verkeert. Uit een recente inventarisatie van Movisie blijkt dat eind 2014 het meest voorkomende aantal teams per gemeenten één team is (vaak ook nog in de vorm van een pilot); grotere gemeenten hebben doorgaans meer teams, maar nog vrijwel nergens werken de teams gemeentedekkend (terwijl er ook gemeenten zijn waar (nog) niet met sociale wijkteams wordt gewerkt; Movisie, 2015). De inventarisatie van Movisie maar ook andere, eerdere onderzoeken laten zien dat er grote verschillen bestaan in samenstelling, aansturing, taakomschrijving, doelgroep, regievoering, omvang en

2 Van daaruit valt mogelijk ook de bevinding uit onderzoek van het AEF te duiden dat met name rond 'inloop GGZ' de afgesloten contracten vaak kortdurend zijn.

adherentiegebied van de teams (zie o.a. Divosa, Movisie, 2014; Platform31, 2014). In veel gevallen moeten handelingsbereik, bevoegdheden, verantwoordingsrelaties en financieringsrelaties nog vastgesteld worden (zie ook Winter,2015). Extra uitdaging daarbij is dat veel verschillende financieringskaders een rol spelen en dat de medewerkers van de teams doorgaans in dienst blijven van de eigen moederorganisatie.

Eén en ander betekent dat, ook als we constateren dat er een tendens bestaat om sociale wijkteams aan te wijzen als regievoerder voor ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid, nog allerminst duidelijk is wat dat concreet betekent voor de betrokkenen zelf. Opmerkelijk is daarbij overigens ook dat, als het gaat om de aanwezige GGZ-expertise in de teams, de resultaten van de LMA-enquête onder de centrumgemeenten nogal in contrast staan tot die van andere recente onderzoeken. Waar nagenoeg alle gemeenten in de LMA-enquête aangeven dat GGZ-expertise in (tenminste één van de) wijkteams aanwezig is, komt uit de recente inventarisatie van Movisie naar voren dat slechts bij 36% van de gemeenten de GGZ in de wijkteams participeert. Een eerder onderzoek van Divosa kwam tot 31%. Mogelijk speelt daarbij een rol dat beide laatstgenoemde onderzoeken betrekking hadden op alle gemeenten en de LMA-enquête alleen op de centrumgemeenten. Maar ook in de *Monitor voortgang Wmo* van GGZ Nederland meldt slechts 30% van de GGZ-instellingen dat zij een rol gaan spelen in de sociale wijkteams.

Voor wat betreft de regie op beleids- en bestuurlijk niveau wordt onder andere in het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* (*'Over de brug'*, Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014) krachtig gepleit voor een regionale regiegroep, specifiek gericht op de gezamenlijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen en in ieder geval bestaande uit de gemeente, zorgverzekeraars, instellingen en cliëntenorganisaties. Ook in dit opzicht staan de ontwikkelingen in veel regio's nog maar net (of soms ook nog helemaal niet) in de steigers: de enquêteresultaten laten enerzijds zien dat in een aantal gemeenten / regio's inderdaad een dergelijke regiegroep is ingesteld, maar ze laten ook zien dat een meerderheid van de gemeenten vooralsnog geen plannen in die richting heeft. Het deelonderzoek in de verdiepingsregio's (bijlage F) maar ook andere bronnen bevestigen dit beeld (BMC, 2014; GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, 2015a). Wel bestaan in veel gemeenten bredere beleidsmatige en bestuurlijke overlegstructuren over zorg en welzijn in hun volle breedte. In hoeverre daarin de ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid ook expliciet aan bod komt, is niet duidelijk.

In het eerdergenoemde *Plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* staan de termen 'participatie' en 'herstel' centraal. Het bevorderen van de participatie en het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen is ook een hoofdmotief geweest voor de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ en voor decentralisering van GGZ-taken naar gemeenten. Tegen die achtergrond valt vooral op dat het aantal gemeenten dat hier in de beleidsontwikkeling vol op lijkt in te zetten, vooralsnog beperkt is; al zijn die gemeenten er wel. Bij de meeste gemeenten lijkt het accent in deze fase echter vooral te liggen op de opvangkant van de zorg. Beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid lijkt in belangrijke mate te worden gerelateerd aan beschermd wonen, maatschappelijke opvang, OGGZ en inmiddels ook de opvang van 'verwarde personen' (waarschijnlijk mede op geleide van de taken die de rijksoverheid recent in dit kader aan gemeenten heeft opgelegd; Ministerie van VWS, 2015) en minder aan beleidsontwikkeling in relatie tot werk, onderwijs, participatie en herstel[1]. Gevoegd bij de beleidslijn bij veel gemeenten van 'non-categoraal' beleid roept één en ander de vraag op of juist de aandacht voor participatie, specifiek van mensen met een psychische kwetsbaarheid niet in een relatief vacuüm terecht dreigt te komen c.q. dreigt te blijven. In dat verband is bijvoorbeeld het pleidooi van Divosa relevant om nadrukkelijk wel aparte aandacht aan mensen met psychische aandoeningen te besteden in het gemeentelijke re-integratie en participatiebeleid (Divosa, 2014d). Ook de brede (en onderzoeksmatig onderbouwde) pleidooien voor de integratie van enerzijds zorg en anderzijds ondersteuning bij werk en participatie, specifiek voor deze doelgroep, zijn in dit verband relevant (zie onder andere Divosa, 2014d; OECD, 2015; Kenniscentrum Phrenos, 2013).

Eén en ander nodigt ertoe uit om in het vervolg van de monitor - en tegen de achtergrond van de doelstellingen van de huidige transities - met name aandacht te blijven besteden aan deze 'participatiekant' van de

3 Andere bronnen laten een vergelijkbare tendens te zien bij de sociale wijkteams. Zo laat onderzoek van Divosa en Movisie in 2014 zien dat het accent van de sociale wijkteams veel meer ligt op zorg dan op participatie (Divosa, 2014). Uit de recente inventarisatie van Movisie komt naar voren dat slechts 8% van de gemeenten het vergroten van de participatie als kerntaak van de sociale wijkteams beschouwt (Movisie, 2015). Ook in de onderhandelingen met zorgverzekeraars sturen gemeenten nog weinig op re-integratie, aldus Divosa (2014d).

gemeentelijke beleidsontwikkeling in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Met daarbij ook nadrukkelijk aandacht voor de middelen die gemeenten ter beschikking hebben (veel gemeenten geven aan tekorten in de financiering van de vanuit de AWBZ overgehevelde voorzieningen te verwachten (zie ook AEF, 2015b); maar ook de re-integratiebudgetten van gemeenten zijn in de afgelopen jaren fors gedaald; Divosa, 2014b, 2014c). Maar ook met aandacht voor verschillen tussen gemeenten en in het bijzonder voor gemeenten die een voorlopersrol lijken te vervullen in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, juist bij hun participatie en herstel.

Bijlage F
Deelonderzoek regionale samenwerking verdiepingsregio's

S. van Rooijen
F. van Hoof
A. Knispel

Inleiding

De ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ worden in belangrijke mate op *regionaal* niveau gestalte gegeven. Het is daarbij aan de regionale zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en cliënten- en familieorganisaties om in gezamenlijkheid en in afstemming met andere maatschappelijke voorzieningen, vorm en inhoud te geven aan het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat vraagt om intensieve samenwerking tussen deze partijen (zie onder andere Ministerie van VWS, 2012; Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014). Omgekeerd zal het welslagen van de transities in belangrijke mate worden bepaald door de vraag in hoeverre deze regionale samenwerking gestalte krijgt en door de kwaliteit van die samenwerking.

In de Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ wordt daarom speciale aandacht besteed aan de stand van zaken en voortgang in deze regionale samenwerking rond de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Belangrijke informatiebron daarbij is een periodieke peiling in vijf 'verdiepingsregio's'. Deze vijf verdiepingsregio's zijn[2]:

- Midden-Brabant (verzorgingsgebied GGZ Breburg[3])
- Oost Gelderland (verzorgingsgebied GGNet)
- Stad Den Haag (onderdeel verzorgingsgebied Parnassia)
- Friesland (verzorgingsgebied GGZ Friesland)
- Midden-Westelijk Utrecht (verzorgingsgebied Altrecht)

In de eerste helft van 2015 heeft een eerste inventarisatie plaatsgevonden door middel van een serie van in totaal circa veertig interviews met vertegenwoordigers van de belangrijkste GGZ-instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenorganisaties in de respectievelijke regio's[4]. Betrokkenen werden gevraagd naar hun toekomstvisies op het regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, naar de wijze waarop de regionale samenwerking gestalte krijgt en naar de ervaringen met en oordelen over die regionale samenwerking tot dusver.

In deze bijlage zetten we de resultaten van deze inventarisatie op een rij. Allereerst wordt een kort overzicht op hoofdlijnen gegeven van de toekomstvisies van de verschillende organisaties op het regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en op de eigen rol en positie daarin. Daarbij wordt apart aandacht besteed aan de visies en posities van respectievelijk de geïntegreerde GGZ-instellingen, de RIBW's, de gemeenten, de zorgverzekeraars en de cliënten- en familieorganisaties. Vervolgens wordt ingegaan op de stand van zaken in en de beoordeling door geïnterviewden van de regionale samenwerking rond de vormgeving van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Besproken wordt in hoeverre daartoe in de regio's een gezamenlijke, formele overlegstructuur is ingesteld (regionale 'regiegroep'; zie Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014) en wat daarvan tot dusver de resultaten zijn. Vervolgens worden de door geïnterviewden gesignaleerde bevorderende en belemmerende factoren (knelpunten) voor de regionale samenwerking op een rij gezet. In een korte analyse en beschouwing aan het slot van deze bijlage, plaatsen we de bevindingen in het perspectief van de informatie uit een aantal andere bronnen en zetten we de belangrijkste actuele 'kansen en risico's' op een rij.

Toekomstvisies

Geïntegreerde GGZ-instellingen

Elk van de vijf regio's kent één grote, geïntegreerde GGZ-instelling. Al deze instellingen hebben enige tijd geleden de klinische afbouw ingezet. In het algemeen geven de instellingen aan dat deze afbouw vooralsnog voorspoedig en – afgezien van financiële aspecten rond bijvoorbeeld vastgoed - zonder al te veel problemen verloopt. Een enkele instelling geeft aan dat de beddenafbouw inmiddels nagenoeg 'klaar' is.

2 Criteria voor de keuze van deze regio's zijn onder andere: een goede geografische spreiding over het land; vertegenwoordiging van rurale en stedelijke regio's; een goede spreiding in termen van marktaandelen van de grote zorgverzekeraars in de regio's.

3 Nederland kent geen formele regio-indeling voor (de samenwerking in) de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook voor de GGZ-instellingen gelden geen formeel afgebakende verzorgingsgebieden. Wel zijn op basis van afspraken uit het verleden en actuele geografische spreiding van voorzieningen, op hoofdlijnen nog steeds de verzorgingsgebieden van de meeste grote, geïntegreerde GGZ-instellingen af te bakenen. Voor de geografische aanduiding van verdiepingsregio's is - met uitzondering van de regio *Stad Den Haag* - steeds gekozen voor het verzorgingsgebied van de grootste GGZ-aanbieder in de regio.

4 In de regio Oost Gelderland startte deze inventarisatie al in 2014 in het kader van een regionaal traject.

Volgens de meeste instellingen is maar een deel van de uit de beddenafbouw vrijkomende middelen beschikbaar gekomen voor ambulante opbouw (een enkele zorgverzekeraar bevestigt dit beeld). Niettemin is in alle regio's ondertussen een - al langer in ontwikkeling zijnde - infrastructuur van FACT-teams opgebouwd. Daarbij lijken drie van de vijf instellingen de kwantitatieve FACT-uitbouw vooralsnog als voltooid te beschouwen; in één regio is nog een beperkte uitbouw voorzien. Wel zetten de meeste GGZ-instellingen in op een kwalitatieve doorontwikkeling van het FACT-model. Belangrijk aspect is daarbij voor alle organisaties het nadrukkelijk verbinding zoeken met en opereren binnen lokale en wijknetwerken. Midden-Westelijk Utrecht lijkt daarin voorop te lopen met plannen voor pilots met 'FACT nieuwe stijl', ofwel FACT-wijkcentra met medewerkers vanuit verschillende organisaties, een verbreding naar het RACT-model ('resource groups'), een nauwe verbinding met de wijkteams en respijtbedden in de wijk.

Ondertussen oriënteren GGZ-instellingen zich ook op versterking van het eigen behandelaanbod, voor een deel binnen FACT-verband en specifiek ten behoeve van mensen met EPA (met name GGNet in Oost-Gelderland wil sterk inzetten op psychologische (trauma) behandeling van mensen met EPA), voor een deel in de vorm van meer specifieke bovenregionale specialisaties. Verder geven enkele instellingen aan in de komende periode nog veel nadrukkelijker te willen gaan inzetten op een omslag naar herstelondersteunend werken en de inzet van ervaringsdeskundigheid.

RIBW's

In vier van de vijf regio's wordt het beschermd wonen in hoofdzaak geboden door een zelfstandige RIBW en soms ook door meer RIBW's binnen de regio (bijvoorbeeld in Midden-Westelijk Utrecht). In Friesland is de geïntegreerde GGZ-instelling de belangrijkste BW-aanbieder. Afbouw van BW heeft vooralsnog niet of slechts in beperkte mate plaatsgevonden. Een aanzienlijk deel van de RIBW's voorziet ook geen afbouw voor de korte of middellange termijn. Betreffende instellingen beschouwen het BW in zijn huidige capaciteit als een onmisbaar element in het zorglandschap voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Een aantal andere RIBW's (soms in dezelfde regio) heeft wel afbouwplannen, veelal gepaard gaand met plannen voor het toespitsen van BW op specifieke groepen c.q. functies en verkorting van de verblijfsduur. Daarbij geven al deze RIBW's nadrukkelijk aan dat afbouw vraagt om goede randvoorwaarden, met name in de vorm van de beschikbaarheid van betaalbare en geschikte woningen, maar ook in termen van de inkomenspositie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Meer in zijn algemeenheid oriënteren veel RIBW's zich op hun positie binnen/tussen het gezondheidszorgdomein en het sociale domein. Daarbij is met name de positie van de ambulante begeleiding in veel regio's nog 'zwevende', met de opties van hetzij voortzetting als gespecialiseerde voorziening, hetzij integratie in sociale wijkteams, hetzij integratie in FACT-teams. Sommige instellingen voorzien ook een verbreding van de doelgroep. In zijn algemeenheid trachten veel RIBW's in de ambulante begeleiding een beweging te maken naar meer wijkgericht werken.

Verder zijn er ook (aanzienlijke) verschillen tussen de RIBW's in de mate waarin men wil inzetten op investeringen in meer herstelondersteunende zorg en - een stap verder - op nieuwe herstelondersteunende zorgstructuren. Waar sommige instellingen in hoofdlijnen op continuïteit koersen, denken andere voor wat betreft de toekomstige inrichting van de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen bijvoorbeeld aan multifunctionele wijkcentra, in samenwerking met welzijnsorganisaties en ZZP-ers en met een belangrijke rol voor cliënten zelf en 'veel ruimte voor creativiteit, flexibiliteit en beleids- en uitvoeringsvrijheid'.

Overeenkomstig aan de situatie van nagenoeg alle RIBW's lijkt de relatief grote onzekerheid over die toekomst (meer dan bij de geïntegreerde instellingen). Veel gemeenten moeten hun (langere termijn) inkoopbeleid rond de betreffende voorzieningen nog ontwikkelen. Ondertussen heeft een enkele RIBW inmiddels de gemeentelijke aanbesteding van de ambulante begeleiding verloren aan een andere, nieuwe aanbieder. Gemeentelijke overwegingen over een goede prijs-kwaliteit-verhouding worden daarbij gerespecteerd, maar ook wordt gewezen op het grote risico van discontinuïteit, niet alleen voor de instelling maar ook voor medewerkers en met name voor de cliënten. Ook de ontwikkeling van een samenhangend toekomstig zorglandschap – en het daarvoor benodigde onderlinge vertrouwen – kunnen als gevolg van die onzekerheid en discontinuïteit onder druk komen te staan, zo luidt het.

Gemeenten

Voor nagenoeg alle gemeenten stonden in het afgelopen jaar vooral de praktische consequenties van de overheveling van GGZ-taken en -voorzieningen naar de Wmo centraal. Het in goede (administratieve en financiële) banen leiden van die overheveling voor bestaande cliënten en het voorkomen van individuele ongelukken daarbij, kostten veel werk.

Voor wat betreft de BW-capaciteit hebben alle gemeenten voor dit jaar de bestaande plekken gecontinueerd. Voor de komende jaren waren ten tijde van de interviews nog nergens concrete afspraken gemaakt. Plannen voor de toekomst lijken ondertussen wel nauw samen te hangen met verdeling van de overgehevelde BW-middelen. Een overgang is voorzien van een historisch verdeelmodel naar een objectief verdeelmodel. Voor sommige gemeenten kan dat in de komende jaren resulteren in fors lagere budgetten, voor andere in fors hogere.

Ondertussen blijken tussen gemeenten grote verschillen te bestaan in de mate waarin zij inmiddels in de gelegenheid zijn geweest c.q. het initiatief hebben genomen om zich ook beleidsinhoudelijk op de GGZ en op de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te oriënteren. Sommige gemeenten zijn daar nog niet aan toegekomen, bij andere is beleidsontwikkeling op dit terrein al langere tijd geleden ingezet. Waar dit beleid inmiddels tot ontwikkeling is gekomen, zijn er twee beleidsinhoudelijke sporen te onderscheiden. Sommige gemeenten volgen het spoor van aparte beleidsontwikkeling voor de 'GGZ-doelgroep'; andere zien nadrukkelijk af van 'doelgroepenbeleid' en willen de ondersteuning van, onder andere, mensen met EPA onderdeel laten zijn van bredere beleidsterreinen. Eén en ander heeft ook consequenties voor bijvoorbeeld de respectievelijke visies op de ambulante begeleiding. Sommige gemeenten willen de ambulante begeleiding als gespecialiseerde, categorale GGZ-voorziening voortzetten (een enkele gemeente wil deze voorziening ook een regiefunctie geven in de ondersteuning van mensen met een 'psychische kwetsbaarheid'). Andere willen de ambulante begeleiding integreren in de sociale wijkteams. Een bredere trend in het gemeentelijke beleid is om inloopvoorzieningen een non-categorale functie te geven en om voor de dagbestedingsvoorzieningen een arbeidsmatiger opzet te ontwikkelen.

Zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars sturen momenteel op de beddenafbouw. In zijn algemeenheid kennen zorgverzekeraars daarbij nog weinig specifiek beleid voor afzonderlijke regio's. Landelijk beleid c.q. landelijke afbouwdoelstellingen worden over afzonderlijke instellingen uitgerold. Wel zijn verzekeraars op zoek naar maatstaven om het aanbod in de toekomst in kwantitatieve zin beter af te kunnen stemmen op de regionale vraag. Een enkele zorgverzekeraar koerst daarbij bijvoorbeeld op de zogeheten 'vignettenstudies'[5]. Andere zijn op zoek naar meer inhoudelijk indicaties voor de regionale zorgbehoeften. Vooralsnog lijken concrete 'afbouwtargets' ('33% afbouw t.o.v. 2008') echter nog in hoofdzaak per instelling te worden vastgesteld. De feitelijke, historisch gegroeide regionale capaciteit speelt daarin doorgaans (nog) een geringe rol.

Ondertussen oriënteert elke zorgverzekeraar zich voor wat betreft de actieve bemoeienissen met het regionale zorglandschap primair op een beperkt aantal regio's (de regio's waar men een groot marktaandeel heeft). In andere regio's stellen zij zich 'volgend' op. Bij die regionale bemoeienissen is de aandacht ook gericht op gemeenten; voor zorgverzekeraars is het van belang in welke mate gemeenten taken in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen op zich nemen (het omgekeerde geldt ook). Enkele zorgverzekeraars hanteren beloningssystemen voor regionale samenwerking tussen GGZ, eerstelijnsvoorzieningen en/of welzijnsvoorzieningen[6].
FACT neemt voor alle zorgverzekeraars een belangrijke plaats in in het zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De ambities met betrekking tot de FACT-ontwikkeling zijn echter niet gekwantificeerd. Verder zien sommige zorgverzekeraars FACT nadrukkelijk als een Zvw-voorziening terwijl andere de mogelijkheden willen verkennen van co-financiering door de gemeenten.

5 De vignettenstudies brengen het actuele zorggebruik en de actuele regionale zorgkosten van de populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in een regio in kaart door middel van een categorisering van zorggebruikpatronen in een aantal 'vignetten' en een telling van het aantal personen binnen elk van deze vignetten (zie onder andere Zorgverzekeraars Nederland, 2014; Vektis, 2015; zie ook NZA, 2014b).

6 Zie ook NZA, 2014a.

Cliëntenorganisaties
Cliëntenorganisaties in de regio's zijn er enerzijds vooral alert op dat de ambulantisering niet nadelig uitpakt voor cliënten. Zo pleiten de organisaties sterk voor het behouden van een vangnet in enigerlei vorm (bijvoorbeeld in de vorm van respijtvoorzieningen, maar ook in de vorm van een veel nadrukkelijker aandacht voor de omgeving). Cliëntenorganisaties benadrukken anderzijds het belang van investeringen in herstelondersteunende zorg, ondersteuning bij participatie, veel meer mogelijkheden voor 'echt werk' en met name ook een veel betere (financiële) ondersteuning voor en facilitering van initiatieven van cliënten zelf (cliëntgestuurde voorzieningen), andere 'burgerinitiatieven van onderop' en de ontwikkeling van herstelacademies.

Regionale samenwerking
Uitgangssituaties voor de regionale samenwerking verschillen aanzienlijk per regio. Friesland kent één grote GGZ-aanbieder en één zorgverzekeraar met een zeer groot marktaandeel, maar veel gemeenten. In Den Haag is de situatie andersom: twee grote GGZ-aanbieders en één gemeente, maar geen van de zorgverzekeraars steekt sterk boven de andere uit wat betreft marktaandeel. Oost-Gelderland en Midden-Westelijk Utrecht zijn vergelijkbaar in het relatief grote aantal (ook middelgrote) GGZ-aanbieders en het grote aantal gemeenten in de respectievelijke regio's. In Midden-Brabant is de situatie weer iets overzichtelijker met twee grote GGZ-aanbieders, die in hoofdzaak samenwerken met twee gemeenten (Breda en Tilburg) en twee zorgverzekeraars (de ene vooral georiënteerd op Breda, de andere op Tilburg).

In alle regio's vindt op bilateraal niveau, soms intensieve en soms minder intensieve, samenwerking plaats tussen de verschillende partijen. Voor een deel betreft dat samenwerking op uitvoeringsniveau, voor een ander deel gaat het om samenwerking in de relatie aanbieder-financier. GGZ-instellingen hebben veelal meerjaren(productie)afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars rond de beddenafbouw, maar niet rond de ambulante opbouw. Met gemeenten bestaan dergelijk meerjarenafspraken nog niet. Onderlinge samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten lijkt over het algemeen nog in de kinderschoenen te staan, maar is her en der in ontwikkeling, bijvoorbeeld in de vorm van convenanten. Overigens is ook de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling vooralsnog beperkt, mede op geleide van wettelijke bepalingen tegen onderlinge samenwerking, zo luidt het.

Ondertussen zijn er aanzienlijke regionale verschillen in de mate waarin gezamenlijk regionaal overleg tussen instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenorganisaties over de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen tot stand komt en geformaliseerd is. In drie van de vijf regio's ontbreekt een dergelijk overleg. In twee daarvan wordt er wel over gedacht (met name de gemeenten Tilburg en Den Haag overwegen om daarin voor de eigen regio het voortouw te nemen), maar zijn er nog geen concrete plannen.

De twee voorlopers wat betreft de gezamenlijke regionale visieontwikkeling op de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn de regio's Midden-Westelijk Utrecht en de regio Oost-Gelderland. We geven een korte beschrijving van de beide samenwerkingstrajecten.

Midden-Westelijk Utrecht
In november 2014 is in Utrecht, op initiatief van Achmea en Altrecht, de regionale Taskforce EPA opgericht, waarin alle belangrijke regionale partners participeren, waaronder ook vertegenwoordigers van cliënten[7]. De Taskforce heeft het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* ('Over de brug') als kader gekozen voor de regionale samenwerking. De deelnemers zijn van mening dat het landelijke *Plan van aanpak* goede aanknopingspunten biedt voor een integraal, regionaal plan. Gezamenlijke ideeën gaan in de richting van een GGZ met de cliënt in de lead, meer herstel en minder medicalisering, FACT in de wijk (mogelijk op kleinere schaal dan nu), weinig bedden maar wel een makkelijk toegankelijke respijtzorg (in de wijk), aandacht voor participatie en herstelacademies met een sterke band met het sociaal domein. Gesproken wordt inmiddels over een aantal pilots met 'FACT nieuwe stijl' (met onder andere respijtbedden in de wijk). Ook wordt nagedacht over pilots met herstelacademies voor een aantal wijken (één herstelacademie – Enik Recovery College- is inmiddels opgericht).

7 Zie ook Taksforce EPA Midden-Westelijk Utrecht, 2015a, 2015b.

Regionale partners in Midden-Westelijk Utrecht zijn goed te spreken over de samenwerking tot dusver maar signaleren ook dat er nog veel uitdagingen zijn. Met name de informele contacten lopen goed, maar vastgesteld wordt dat er ook veel verschillende belangen zijn.

Oost-Gelderland

In Oost-Gelderland is in 2013 een regionaal samenwerkingstraject gestart, gericht op het tot stand brengen van een gezamenlijke visie en gezamenlijke ontwikkelagenda voor de ambulantisering van de GGZ en voor het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio. Deelnemers aan het samenwerkingstraject zijn vijf GGZ-aanbieders, de twee (in een latere fase drie) belangrijkste zorgverzekeraars in de regio en de gemeente Apeldoorn (mede namens omliggende gemeenten). Andere gemeenten zijn ook (meermalen) uitgenodigd maar hebben tot dusver niet in het traject geparticipeerd. Gedurende het traject is regelmatig een klankbordgroep van regionale cliënten- en familieorganisaties geconsulteerd.

Het samenwerkingstraject in Oost-Gelderland heeft medio 2015 geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument en een gezamenlijke ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio (Trimbos-instituut, 2015c). In de ontwikkelagenda worden ambities uitgesproken over de afbouw en kwaliteitsverbetering van opname- en verblijfsvoorzieningen, de afbouw en differentiatie van woonvoorzieningen, de toegankelijkheid van betaalbare woningen voor 'mensen uit de GGZ', verbetering van de psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, uitbreiding en kwaliteitsverbetering van (F)ACT, netwerkontwikkeling rond gezondheidszorg, sociale steunstructuren en ondersteuning bij participatie en stigmabestrijding. Daarnaast zijn ambities geformuleerd rond het creëren van betere systeemvoorwaarden, het organiseren van afstemming en regie en monitoring van de uitvoering en voortgang van de ontwikkelagenda. Voor de verdere toekomst staat de verkenning van de mogelijkheden van een verdere uitrol van een integraal zorgmodel in de vorm van GGZ-wijkcentra op de agenda. Voor de verschillende onderdelen van de ontwikkelagenda zijn accounthouders aangewezen. De verdere uitvoering en implementatie van de ontwikkelagenda zal separaat in de twee subregio's Oost-Veluwe en de Achterhoek plaatsvinden.

Deelnemers aan het regiotraject in Oost-Gelderland signaleren dat met de formulering van de gezamenlijke ontwikkelagenda een belangrijke stap is gezet maar dat uitdagingen nog steeds groot zijn - zorginhoudelijk, organisatorisch, qua financiering maar deels ook met betrekking tot visieverschillen en het betrekken van andere maatschappelijke organisaties.

Knelpunten

Regionale samenwerking in de ontwikkeling van het zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen blijkt in de meeste verdiepingsregio's nog in de kinderschoenen te staan, met enerzijds een aantal voorlopers en anderzijds regio's waar vooralsnog überhaupt geen plannen in deze richting bestaan. In de interviews in de regio's wordt ook nadrukkelijk gewezen op een aantal specifieke knelpunten en uitdagingen voor wat betreft die regionale samenwerking. We noemen de belangrijkste:

- Zeer veel partijen, elk met eigen belangen, zijn inmiddels bij de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen betrokken. Dat maakt het samenwerkingsproces erg ingewikkeld.
- Waar intenties tot samenwerking bestaan, werken schotten tussen verschillende financieringskaders en uiteenlopende regelgeving binnen die kaders, belemmerend. Idem wettelijke belemmeringen voor samenwerking (AFM, ACM).
- Mogelijkheden tot schuiven met middelen zijn beperkt.
- (Financiële) experimenteerruimte ontbreekt.
- Afwenteling tussen gemeenten en zorgverzekeraars is een risico. Met name de ondersteuning bij participatie dreigt daardoor in de knel te komen, maar volgens sommigen ook de doorontwikkeling van een integraal zorg- c.q. FACT-model.
- Werkwijzen van zorgverzekeraars en gemeenten verschillen sterk. Waar zorgverzekeraars koersen op scherp omschreven producten voor scherp omschreven doelgroepen, koersen veel gemeenten op algemener omschreven voorzieningen voor brede doelgroepen.
- In zijn algemeenheid wordt gesignaleerd dat er een spanningsveld is tussen enerzijds de behoefte aan bewegingsruimte en flexibiliteit in het veld en anderzijds de controlebehoeften en verantwoordingsvereisten vanuit de financiers.

- Ook de visies van de zorgverzekeraars onderling verschillen op onderdelen. Daarbij maken zorgverzekeraars in hoofdzaak afspraken voor uitsluitend de eigen verzekerden.
- Eenzelfde kanttekening wordt geplaatst bij de visie en het beleid van gemeenten. Die kunnen binnen een regio aanzienlijk verschillen (bijvoorbeeld ook in termen van de invulling van de sociale wijkteams). Daarbij doen zich soms ook knelpunten voor in de samenwerking tussen centrumgemeenten en de overige gemeenten in de regio.

Beschouwing

De inventarisatie in de verdiepingsregio's laat zien dat alle partijen zich momenteel oriënteren op de toekomst van de eigen organisatie en van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in het nieuwe stelsel. Toekomstvisies lijken ten dele te congrueren (het belang van invoeging van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in wijknetwerken[8]), maar er zijn ook nog veel visieverschillen (bijvoorbeeld rond de toekomst van het beschermd wonen) en met name ook veel onzekerheden (vooral rond de concrete doorontwikkeling en organisatie van ambulante opbouw). Het overzicht laat ook zien dat er aanzienlijke tempo- c.q. fase-verschillen bestaan in de ontwikkeling van de toekomstvisies van de verschillende partijen. Daarbij lijkt de visieontwikkeling van de partijen binnen het 'gezondheidszorgdomein' in een iets verder gevorderd stadium (maar ook nog lang niet 'klaar'), terwijl de partijen binnen het sociale domein nog meer (en in afhankelijkheid van elkaar) zoekende zijn.

De inventarisatie laat ook zien dat regionale samenwerking in de ontwikkeling van het zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de meeste regio's nog een bilaterale aangelegenheid is, met vooralsnog een sterk accent op praktische afspraken. Bredere en meer gestructureerde samenwerking rond de ontwikkeling van een toekomstvisie en een toekomstig zorglandschap lijkt op veel plaatsen nog in de kinderschoenen te staan, met enerzijds een aantal voorlopers en anderzijds regio's waar vooralsnog überhaupt geen plannen in deze richting bestaan. Daarbij signaleren de voorlopers dat een belangrijk winstpunt van de samenwerking gelegen is in goede 'informele contacten' en korte lijnen, maar dat de daadwerkelijke uitvoering van een gezamenlijke agenda nog een forse uitdaging is, gezien de uiteenlopende belangen, financieringsstromen en andere gesignaleerde knelpunten.

Per saldo lijkt de conclusie getrokken te kunnen worden dat de *gezamenlijk regionale visieontwikkeling en de samenwerking* in de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, afgezien van enkele eerste initiatieven, nog goeddeels van de grond moeten komen. Andere bronnen bevestigen dit beeld. Zo laat de LMA-enquête onder de centrumgemeenten (zie bijlage E) zien dat in veel gemeenten de beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van deze populatie nog in een beginfase verkeert. In het overgrote deel van gemeenten is er nog geen gezamenlijk structureel overleg van aanbieders, financiers en cliëntenorganisaties over het toekomstige zorglandschap; in een meerderheid van de gemeenten zal zo'n overleg er naar zeggen van de gemeenten voorlopig ook niet komen. Ook inventarisaties van onder andere de koepelorganisaties in de GGZ, BMC en het *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen* laten zien dat de regionale regiefunctie nog goeddeels moet worden opgetuigd (GGZ Nederland, 2014; GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang, 2015a; BMC, 2014; *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen*, 2015). Waar inmiddels zorg- en welzijnsbrede regionale regietafels bestaan en 'regiosecretarissen' zijn aangewezen, komt de GGZ veelal slechts marginaal aan bod (enkele geïnterviewden in de verdiepingsregio's spreken van 'Poolse landdagen'). Ondertussen laten andere bronnen ook zien dat de bilaterale verhoudingen niet altijd optimaal zijn. Zo signaleert de NZa in haar Monitor zorginkoop dat met name in de GGZ de verhoudingen tussen aanbieders en verzekeraars 'gespannen' zijn (NZa, 2014a).

Proces en structuur

De huidige stand van zaken in de regionale samenwerking rond de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is mogelijk voor een deel te verklaren vanuit de nog vroege fase waarin de transities verkeren. Toch lijkt er ook sprake van een aantal structurele belemmeringen. Zo kent Nederland, anders dan veel anderen landen, geen eenduidige regio-indeling voor wat betreft de beoogde regionale samenwerking (Trimbos-instituut, 2011; Van Hoof e.a., 2015). Ook bestaan er geen eenduidige richtlijnen, laat staan voorschriften, over de vraag wie er met elkaar om tafel zouden moeten. Daarbij staat een aantal van de beoogde samenwerkingspartners in een concurrentieverhouding

8 Dit biedt mogelijk kansen voor de pilots die op dit moment in voorbereiding zijn rond geïntegreerde GGZ-wijkcentra.

tot elkaar en is samenwerking rond beleidsontwikkeling mede om die reden en vanwege het grote aantal belanghebbende gesprekspartners complex en tijdrovend (zorgverzekeraars wijzen erop dat het voor hen onmogelijk is om met meer dan 400 gemeenten in gesprek te gaan). Het is voor alle afzonderlijke partijen dan ook een afweging in hoeverre en op welke wijze men al dan niet in regionale samenwerking, specifiek voor de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen, wil investeren dan wel inzet op een eigen, zoveel mogelijk onafhankelijke koers.

In de verdiepingsregio's stellen enkele geïnterviewden overigens ook vragen bij de *noodzaak* van een gezamenlijke beleidsontwikkeling. Veel van de inhoudelijke transities zullen vooral 'van onderop' moeten komen en komen dat ook al, zo wordt gesignaleerd. In die zin zou beleidsmatige samenwerking mogelijk niet meer dan faciliterend zijn. Toch wijzen velen ook op de risico's van een onvoldoende van de grond komen van die samenwerking en van een te afwachtende houding in deze, ook op het niveau van de systeemverantwoordelijkheid. "De integrale aanpak heeft tijd nodig. Maar de nieuwe situatie is al wel begonnen," aldus het *Aanjaagteam langer zelfstandig wonen* (2015). En waar de motieven voor de transities gelegen zijn in een verbetering van de zorg en in de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, kan niet worden uitgesloten dat bij het achterblijven van intensieve samenwerking in de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap het risico bestaat dat die verbeteringen uitblijven of de kwaliteit van de zorg juist verslechtert.

Risico's

Afgaand op de signalen vanuit de verdiepingsregio's, maar ook vanuit andere bronnen, zijn de risico's vooral gelegen in een versnippering van de zorg en het zorgsysteem, discontinuïteit, zorgverschraling in brede zin en gebrekkige ondersteuning op het gebied van participatie in het bijzonder.

Integrale zorg versus versnippering

Al lang wordt met betrekking tot de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen - gezien de veelal meervoudige problematiek en zorgbehoeften en op basis van de wetenschappelijke inzichten - gepleit voor i*ntegrale zorg* (zie onder andere Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2015; zie bijvoorbeeld ook OECD, 2014; Economist Intelligence Unit, 2014). Waar de vele verschillende partijen hun eigen koers blijven varen, zal het realiseren daarvan moeilijker worden en neemt het risico van versnippering en fragmentatie van de zorg toe, ook in de individuele zorgtrajecten. Ook is er het risico van een versnipperde en daarmee inefficiënte verantwoordingssystematiek. Aanbieders geven op dit moment al aan te moeten voldoen aan een reeks van veelal zeer uiteenlopende (en soms zeer gedetailleerde) kwaliteits-, registratie- en verantwoordingseisen van de verschillende gemeenten en zorgverzekeraars. Dat geeft een snel stijgende administratieve lastendruk (GGZ Nederland, 2015a). Ondertussen loopt ook de zorgvernieuwing in de praktijk het risico een willekeurig en fragmentarisch karakter te krijgen. Nederland telt vele proeftuinen en pilots, maar het doorvoeren van structurele innovaties blijkt moeilijk (zie onder andere GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, 2015b).

Continuïteit versus discontinuïteit

Ook continuïteit is een belangrijk principe van goede zorg voor mensen met langdurende problemen en meervoudige ondersteuningsbehoeften. Tegelijk is continuïteit van beleid belangrijk om op operationeel niveau tot een samenhangende zorginfrastructuur te komen. Inkoopcontracten van één of maximaal twee jaar zijn momenteel echter de regel (zie bijlage E; zie ook NZA, 2014a; van de zijde van de zorgverzekeraars wordt gesignaleerd dat men in principe bereid is tot meerjarige contracten over te gaan, ook voor de ambulante zorg, maar dat het huidige zorgstelsel zich daar niet voor leent; RIVM, 2015). Een focus op kortdurende contracten en aanbestedingsprocedures en het uitblijven van meerjarige, structurele samenwerkingsafspraken geeft daarmee ook risico's voor de continuïteit binnen individuele zorgtrajecten en voor de totstandkoming van een duurzame regionale zorginfrastructuur. Het geeft ook veel onzekerheid en kan het wederzijdse vertrouwen ondermijnen dat volgens sommigen juist cruciaal is voor de totstandkoming van een samenhangend regionaal zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Ambulante opbouw versus ambulante zorgverschraling

Waar het door de veelheid van belangen van de - ten dele met elkaar concurrerende partijen - te ingewikkeld is om tot gezamenlijke investeringen ten behoeve van gezamenlijke opbrengsten te komen (meer participatie, meer herstel en meer gezondheid van mensen met psychische aandoeningen), dreigt het risico van een

vertraging/stagnatie van de ambulante opbouw. We zagen dat in een aantal verdiepingsregio's niet meer wordt voorzien in een verdere uitbreiding van FACT. Ook wordt gesignaleerd dat niet alle uit de beddenafbouw vrijkomende middelen worden geherinvesteerd in de uitbouw en kwaliteitsverbetering van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gesignaleerd wordt ook dat het voor zorgverzekeraars, naarmate zij in de nabije toekomst meer risicodragend worden, de facto ook risicovoller kan worden om te investeren in de zorg voor mensen met EPA (niettegenstaande de risico-verevening, zo valt ook van de zijde van de zorgverzekeraars zelf te beluisteren)[9]. Ondertussen is de overheveling van met name de ambulante AWBZ-voorzieningen naar gemeenten gepaard gegaan met aanzienlijke budgetkortingen. De LMA-enquête onder de centrumgemeenten laat zien dat drie kwart van de gemeenten in 2015 tekorten verwacht in de bekostiging van de overgehevelde voorzieningen. Zo bestaan er op verschillende fronten prikkels tot 'ambulante krimp'. Dat kan de samenwerking verder ondermijnen en de risico's versterken van afwenteling en uiteindelijk zorgverschraling.

<u>Ondersteuning bij participatie versus verdergaande exclusie</u>
Sociale inclusie en participatie vormen de inhoudelijke kernmotieven achter de transities. Bij het uitblijven van structurele samenwerking in de ontwikkeling van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, lopen vooral deze doelstellingen risico's. Die risico's zijn met name gelegen in het achterwege blijven van de - zowel nationaal als internationaal bepleite - integratie van zorg en ondersteuning bij participatie (zie onder andere Divosa, Movisie, 2014; Economist Intelligence unit, 2014; OECD, 2015), afwentelingsrisico's (ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen vaak op het grensvlak van zorg en participatie) en een te eenzijdige focus van gemeenten op de opvangkant van de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie bijlage E).

Kansen
Risico's zijn bij omvattende transities als rond de langdurige GGZ onvermijdelijk. Ondertussen laat de inventarisatie in de verdiepingsregio's zien dat er ook kansen liggen. Zo genereren de transities erg veel momentum, op diverse fronten. Daarbij zijn met name de inzet en de goede wil van alle direct betrokkenen doorgaans zeer groot, zowel van de zijde van de aanbieders, als die van gemeenten en zorgverzekeraars. Belangrijkste vraag is of de randvoorwaarden aanwezig zijn om die kansen te verzilveren. In dat opzicht lijken de ontwikkelingen naar een kantelpunt te bewegen, waarbij die randvoorwaarden mede bepalen of doelstellingen van integrale zorg, continuïteit, verder ambulante opbouw en sociale inclusie gerealiseerd gaan worden of dat de risico's van versnippering, discontinuïteit, zorgverschraling en verdergaande exclusie de overhand gaan krijgen.

Een centrale vraag die daarbij zowel in de inventarisatie in de verdiepingsregio's als uit de literatuur opduikt, is in hoeverre met name op *systeemniveau* de randvoorwaarden aanwezig zijn voor een 'kanteling' ten positieve. In dat verband worden vooral kanttekeningen geplaatst bij het inmiddels zeer complexe speelveld – met een groot aantal partijen die ieder voor zich voor de opgave staan het financiële hoofd boven water te houden - bij het ontbreken van systeemprikkels ten faveure van integrale zorg en ambulante opbouw en bij het ontbreken van een gemandateerde regionale regievoerder en een landelijk referentiekader voor het gewenste toekomstige zorglandschap. In de verdiepingsregio's wordt door sommigen, waaronder vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, de vraag opgeroepen of het huidige, ten dele sterk gedecentraliseerde en ten dele concurrentiële - en daarmee de facto sterk gefragmenteerde - systeem geschikt is voor de aansturing en bekostiging van de (integrale) ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Vergelijkbare signalen, maar dan zorgbreed, komen vanuit de *Landelijke Monitor Proeftuinen* van het RIVM. In de proeftuinen werken zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten samen met het doel "de gezondheid van de regionale populatie en de kwaliteit van zorg te verhogen". De onderzoekers constateren dat een daadwerkelijk integrale, populatiegerichte aanpak vooralsnog moeizaam van de grond komt en wijten dat aan het feit dat afzonderlijke organisatiebelangen vaak haaks staan op het realiseren van de doelstellingen van de proeftuin (RIVM, 2015; zie ook Baan e.a., 2014). Het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) constateert in een recente analyse dat het huidige stelsel in Nederland fragmentatie in de hand werkt en een goede coördinatie en 'doelmatige substitutie van zorg' belemmeren (iBMG, 2015).

9 Zo lijken de vignettenstudies vooral als hulpmiddel te dienen bij het benchmarken en monitoren van een beweging van cliënten van de duurdere (vooral intramurale) naar de goedkopere (vooral ambulante) vignetten. Intensivering van de zorg (en daarmee een ophoging van de beschikbare middelen per cliënt) binnen die goedkopere, ambulante vignetten, lijkt vooralsnog niet op de agenda te staan.

Daarbij heeft het iBMG niet specifiek de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen op het oog; wel zullen de gevolgen van zorgfragmentatie vooral voor deze groep groot zijn.

Het iBMG pleit ervoor om nadrukkelijker te gaan zoeken naar wegen om te komen tot 'ontschotting', tot positieve prikkels voor samenwerking, integrale zorg en preventie, tot het tegengaan van afwenteling en tot een stelsel dat onderling vertrouwen genereert in plaats van ondermijnt. Daarbij doet het iBMG voor een deel een appel op de actoren in het veld zelf, bijvoorbeeld door toch nadrukkelijker de mogelijkheden te verkennen van meerjarencontracten en door te koersen op stabiliteit in het langere termijn beleid. Maar het iBMG doet ook een appel op de landelijke overheid.

In een recent internationaal vergelijkend onderzoek in 31 Europese landen naar de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, neemt Nederland een zevende plaats in op de ranglijst van landen met de beste randvoorwaarden, maar scoort het relatief laag op het item 'governance' (Economist Intelligence Unit, 2014). Eén en ander zou pleiten voor een nadrukkelijker landelijke regiefunctie. Concrete stappen zouden kunnen bestaan uit het wegnemen van wettelijke belemmeringen tegen regionale samenwerking, het bijdragen aan de totstandkoming van een eenduidige geografische regio-indeling, de coördinatie en ontwikkeling van gezamenlijke referentiekaders voor de ambulante opbouw en de ontwikkeling van een stimuleringsfonds (eventueel te financieren uit de beddenafbouw) voor de ontwikkeling en implementatie van good practices op het gebied van regionale samenwerking, integrale zorg en ondersteuning bij participatie en herstel.
Daarnaast zou met name het faciliteren van integrale bekostiging op de landelijke beleidsagenda kunnen worden geplaatst. Zo wordt ook in de verdiepingsregio's door enkele geïnterviewden, waaronder wederom vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, geopperd om de mogelijkheden te verkennen van één integraal (regionaal) budget, eventueel beginnen met een gezamenlijk budget voor specifieke onderdelen van de zorg (ondersteuning bij participatie) en uit bouwen naar integrale zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In essentie gaat het daarbij om het bijeen brengen van de voor die integrale zorg benodigde middelen vanuit verschillende bronnen onder één regievoerder, hetzij op individueel niveau (persoonsvolgend) hetzij op groepsniveau (populatiebekostiging; zie ook iBMG, 2015). Een dergelijk traject vraagt om een boven de regionale partijen staande landelijke regievoerder met doorzettingsmacht.

Bijlage G
Deelonderzoek analyse signalen ‘verwarde personen’

F. van Hoof
A. Knispel
H. Kroon
M.m.v. Michel Planije

Inleiding

Doelstelling van de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ is een betere zorg aan en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Tegelijk is het zaak ervoor te zorgen dat niet meer mensen als gevolg van alle transities tussen wal en schip raken en van zorg verstoken blijven. In het kader van de LMA zullen daarom ook signalen geïnventariseerd en geanalyseerd worden van een mogelijk (toenemende) ongewenste uitval van mensen uit het zorgproces dan wel van verminderde toegankelijkheid van de zorg op de momenten dat die zorg nodig is.

In dit verband is er in de afgelopen periode in de media en in de politiek veel aandacht geweest voor een vermeende toename van 'verwarde personen' – al dan niet 'op straat' – en een mogelijk verband met ontwikkelingen in de GGZ in het algemeen en de ambulantisering van de GGZ in het bijzonder. In vervolg op die signalen is door verschillende veldpartijen de aandacht gevestigd op een aantal actuele risicofactoren voor een sluitend zorgnetwerk en voor maatschappelijke uitval.

In deze bijlage staan we stil bij bovengenoemde signalen. Allereerst inventariseren we welke concrete indicaties er zijn voor de gesignaleerde trend, wat bekend is over de achtergronden (over wie gaat het?) en welke aanwijzingen er zijn voor een relatie met ontwikkelingen in de GGZ. Vervolgens gaan we in op de inhoudelijke aandachtspunten c.q. risicofactoren, zoals die naar aanleiding van de signalen over de 'verwarde personen' door verschillende veldpartijen naar voren zijn gebracht.

Signalen over 'verwarde personen'

Diverse instanties maakten in de afgelopen periode melding van een mogelijke toename van (incidenten met) 'verwarde personen'. Signalen in deze richting werden onder andere afgegeven in de position papers ten behoeve van een rondetafelgesprek over de GGZ van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, dd. 18 mei jl. (Tweede Kamer, 2015). Zo constateert De Tussenvoorziening (maatschappelijke opvang) "dat het aantal incidenten met verwarde mensen toeneemt" en "dat de laatste maanden meer verwarde mensen wegens overlast uit huis worden gezet". Volgens Antes (GGZ-instelling) "neemt het aantal verwarde personen in onze samenleving zienderogen toe". Straatadvocaten Nederland hanteert een iets andere terminologie maar signaleert wel "een toename van mensen die een hulpvraag hebben op (O)GGZ-gebied die onbeantwoord blijft". De Federatie Opvang ontvangt al enige tijd signalen van leden "dat meer mensen met evidente psychische stoornissen zich bij de opvang melden voor onderdak en hulp". En ook de Stichting Verslavingsreclassering geeft aan dat "de problematiek rond verwarde personen" steeds vaker opspeelt.

Het signaal wordt breed afgegeven. Kanttekening daarbij is dat geen van de genoemde instanties over concrete cijfers beschikt, noch over de actuele situatie, noch over de gesignaleerde trends. Concrete (trend) cijfers over contacten met en meldingen over 'verwarde personen' zijn vooralsnog in hoofdzaak afkomstig van de politie.

Landelijke registratiecijfers van de politie laten over de periode 2011-2014 een gestage stijging zien van het aantal geregistreerde incidenten met 'verwarde of overspannen' personen van 40.510 tot 59.699 (gemiddelde jaarlijkse stijging 16%). Dat is een forse stijging. Tegelijk lijken andere cijfers, voor een deel eveneens van afkomstig van de politie, de gesignaleerde trend te nuanceren. Zo laten de landelijke registratiecijfers van de politie op verwante incidentcodes een nogal grillig patroon zien: een stabilisering over de periode 2012-2014 van het aantal incidenten met 'overlast door zwervers'; een stijging van 'drugsoverlast' met maar liefst 25% in 2013 maar een stabilisering in 2014[1]; en een stijging over de periode 2012-2014 van maar liefst 125% van het aantal incidenten met overlast ten gevolge van 'openbare dronkenschap' (BVI stuurkubus, 2015). Eén en ander roept de vraag op welke registratie-effecten meespelen in de cijfers, zo wordt ook door de politie zelf aangegeven. Een verdiepingsonderzoek naar de achtergronden van de cijfers is in voorbereiding.

Ondertussen laat een enquête-onderzoek in 2014 onder politieagenten zelf zien dat een derde van de geënquêteerden de indruk heeft dat het aantal incidenten met verwarde personen in 2014 ten opzichte van het voorafgaande jaar is toegenomen, maar dat tegelijk bijna twee derde de indruk heeft dat dit aantal *niet* is toegenomen (DSP-groep, 2014). Daarbij maken de onderzoekers melding van een vermoedelijke

1 Ondertussen signaleert de Monitor OGGZ G4 juist een afname van het problematisch druggebruik. Ook het aantal veelplegers daalt volgens deze monitor.

oververtegenwoordiging van agenten die recent met dergelijke incidenten te maken hebben gehad. (Overigens signaleren de onderzoekers ook dat de geleverde politie-inzet naar het oordeel van de agenten tot het reguliere werk behoort.)

Cijfers van de jaarlijks Veiligheidsmonitor van het CBS lijken het beeld eveneens te nuanceren. Het CBS signaleert dat de ervaren buurtoverlast in 2014 is afgenomen ten opzichte van 2012. Ook slachtofferschap van geweld, vandalisme, overlast van dronken mensen, lastig gevallen worden op straat en onveiligheidsgevoelens zijn afgenomen. Het gemiddelde rapportcijfer voor de veiligheid in de eigen buurt is toegenomen (CBS, 2014). In een andere rapportage meldt het CBS dat na enkele jaren van stijging het aantal daklozen in 2013 is gedaald (CBS, 2015; zie ook Trimbos-instituut, 2014d). Ook gegevens van GGD / GHOR Nederland nuanceren het beeld: het aantal meldingen bij meldpunten OGGZ of meldpunten Zorg & Overlast is in 2014 met 4% gedaald ten opzichte van het voorgaande jaar (van 23.597 naar 22.686 meldingen op jaarbasis; GGD / GHOR Nederland, 2015).

Verwarde personen versus mensen met ernstige psychische aandoeningen

Voor zover trendcijfers beschikbaar zijn over contacten c.q. incidenten met 'verwarde personen', geven die vooralsnog dus geen eenduidig beeld. GGD / GHOR Nederland constateert dat "eigenlijk nog steeds niet duidelijk is of er nu werkelijk een toename is van verwarde personen in de samenleving" (Position paper GGD / GHOR Nederland; Tweede kamer, 2015).

In het kader van de LMA is daarbij ook van belang in hoeverre het bij de signalen over contacten en incidenten met 'verwarde personen' gaat om mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Het LPGGz merkt in zijn position paper op dat de koppeling tussen 'verwarde personen' met psychische problematiek vaak te snel en te makkelijk wordt gelegd. Bij verward gedrag is niet altijd sprake van een psychische aandoening, zo luidt het. En andersom: veel mensen verkeren in psychische nood, maar komen niet in beeld als verward persoon, omdat ze geen overlast veroorzaken (Position paper LPGGz; Tweede kamer, 2015). De politie-registraties hanteren een brede formulering en spreken van 'verwarde of overspannen' personen (BVI stuurkubus, 2015). Het eerdergenoemde DSP-onderzoek laat zien dat bij circa 40% van de meldingen van de politie met 'verwarde' personen sprake is van een *vermoeden* van psychische problematiek - aard of ernst van de problematiek en basis voor het vermoeden zijn onbekend. In 35% van alle gevallen wordt de betrokkene overgedragen aan een zorginstelling (DSP-groep, 2015). Ook GGD / GHOR Nederland merkt op dat het bij 'verwarde personen' lang niet altijd gaat om mensen met psychische aandoeningen. Bij 'slechts' een derde van de verwarde personen die in 2014 bij de GGD werd aangemeld was sprake van acute psychische problematiek. Verwarring kan vele oorzaken hebben en gerelateerd zijn aan heel uiteenlopende achtergronden en levensgebeurtenissen, zo luidt het. "Achter de term 'verwarde personen' gaat een heterogene doelgroep schuil met een breed palet aan problemen", aldus GGD / GHOR Nederland (Position paper GGD / GHOR Nederland; Tweede kamer 2015).

Capaciteitsontwikkelingen in en uitstroom uit de intramurale GGZ

Bovenstaande kanttekeningen bij de signalen over de verwarde personen nuanceren ook de relatie die soms wordt gelegd met de ontwikkelingen in de GGZ en met de ambulantisering in het bijzonder. Daarbij wordt verondersteld dat ambulantisering leidt tot een uitstroom van cliënten uit de intramurale GGZ-voorzieningen en dat het ontbreken van voldoende ambulante alternatieven tot uitval uit het zorgproces leidt en tot een toename van incidenten met 'verwarde personen' in de samenleving. Afgezien van het feit dat het aandeel van mensen met psychische aandoeningen in de signalen over 'verwarde personen' vermoedelijk beperkt is en afgezien ook van het gegeven dat er nog veel vragen zijn over de vermeende trend zelf, is het belangrijk te signaleren dat het aantal mensen dat in een GGZ-instelling woont (verblijfsvoorziening of beschermd wonen) tussen 2000 en 2013 onafgebroken is gegroeid (ook al woont nog steeds het overgrote deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen zelfstandig; Trimbos-instituut 2013, 2014a; zie ook bijlage B). Het aantal plaatsen in deze voorzieningen was niet eerder zo hoog als in 2013. In 2013 is de groei van het aantal verblijfsplaatsen gestopt en gekeerd; voor de BW-plaatsen gold dat pas in 2014. Van belang is daarbij ook dat deze recent ingezette afbouw naar alle waarschijnlijkheid niet zal leiden tot een forse stijging van de uitstroom uit deze voorzieningen. Die uitstroom bedraagt jaarlijks standaard al circa 25% (Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos, 2012). Afbouw van verblijfs- en woonvoorzieningen zal niet zozeer deze jaarlijkse uitstroom doen toenemen, maar vooral leiden tot een beperking van de instroom.

Het aantal kortdurende opnameplaatsen daalt al iets langer, tussen 2011 en 2014 met circa 6% per jaar. Daarbij worden nog steeds ongeveer evenveel mensen opgenomen als voorheen (pas in 2014 daalt dit aantal licht). Mensen worden wel iets korter (en soms iets vaker) opgenomen. De LMA-uitvraag onder de GGZ-instellingen laat verder zien dat het aantal opnamen vanwege een crisisinterventie bij de deelnemende instellingen in 2014 licht is gedaald (3%) ten opzichte van het voorgaande jaar. De vraag is dan of één en ander een verklaring zou kunnen bieden voor een vermeende toename van het aantal 'verwarde personen op straat'. Gegeven bovenstaande kanttekeningen bij de gesignaleerde trends zelf en gegeven ook de al veel langer bestaande, grote regionale verschillen in aantallen opnamen en in gemiddelde opnameduur (waarbij vooralsnog geen verband is aangetoond met regionale verschillen in incidenten met verwarde personen), ligt dat niet onmiddellijk voor de hand (zie ook Tangram, 2015).

De cijfers en feiten overziend, concluderen we dat er vooralsnog geen sterke aanwijzingen zijn voor een feitelijke relatie tussen de signalen vanuit het veld over 'verwarde personen' en de ambulantisering van de GGZ.

Risico's van zorguitval en maatschappelijke uitval

De discussies over de 'verwarde personen' in de afgelopen periode zijn ook aanleiding geweest voor een aantal meer gerichte, inhoudelijke signalen - vanuit verschillende veldpartijen - over actuele *risicofactoren* voor een sluitend zorgnetwerk. Ook in recent onderzoek wordt op een aantal concrete, actuele knelpunten gewezen. Los van de vele vragen die nog open staan in de 'verwarde personen' –discussie, zijn deze inhoudelijke signalen en onderzoeksbevindingen relevant voor (het monitoren van) de verdere ontwikkeling van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen en van de eventuele tekorten daarin. In het vervolg van deze bijlage maken we een korte inventarisatie van de gesignaleerde risicofactoren.

Onder andere uit de position papers van de verschillende veldpartijen, maar ook uit recente onderzoeksliteratuur komen twee categorieën van actuele risicofactoren en knelpunten in de zorg naar voren. Deze hebben respectievelijk betrekking op knelpunten in de crisiszorg en crisispreventie en op knelpunten in de aansturing en bekostiging van de zorg voor mensen met meervoudige problematiek. Daarnaast wordt gewezen op een aantal maatschappelijke risicofactoren. Elk van deze risicofactoren en knelpunten heeft implicaties voor een bredere populatie, maar raakt ook mensen met ernstige psychische aandoeningen. Hieronder lichten we ze toe.

Knelpunten in de crisiszorg en crisispreventie

In een recent onderzoeksrapport over de acute GGZ signaleren de onderzoekers niet zozeer capaciteitsproblemen in de zorg maar vooral een reeks van knelpunten in de organisatie van de zorgketen in crisissituaties (SiRM, 2015). Knelpunten betreffen onduidelijkheid van de verantwoordelijkheden rond overdrachtsmomenten, wachttijden bij de crisisdienst, het ontbreken van goede eerste opvanglocaties en ook praktische zaken als vervoer. Bekostigingsproblematiek speelt op de achtergrond een belangrijke rol (wie betaalt wat?), evenals de huidige financiering van de crisisdienst (via DBC-zorgproducten). GGZ Nederland signaleert in zijn position paper dat een coördinerende partij ontbreekt. De OGGZ wordt in de nieuwe Wmo niet meer genoemd als een expliciete gemeentelijke taak (Position paper GGZ Nederland; Tweede kamer, 2015; zie ook GGD / GHOR Nederland). Voor het LPGGz is naast bovengenoemde knelpunten vooral het ontbreken van laagdrempelige respijtvoorzieningen c.q. time-outvoorzieningen, waar mensen voor korte tijd kunnen verblijven om weer tot rust te komen, een belangrijk actueel knelpunt; vooral ook omdat dergelijke voorzieningen ook een preventieve functie kunnen hebben (Position paper LPGGz; Tweede kamer, 2015; zie ook LPGGz, 2015a). Ook rond (het ontbreken van) deze time-out voorzieningen spelen bekostigings- en achterliggende verantwoordelijkheidsvraagstukken (gemeenten, zorgverzekeraars, eventueel ook justitie) een belangrijke rol.

Knelpunten in het zorgstelsel

Gesignaleerde knelpunten met betrekking tot het zorgstelsel vallen in twee categorieën uiteen. In de eerste plaats wordt de toegang tot de gespecialiseerde GGZ voor sommige populaties belemmerd door praktische en financiële barrières, zo luidt het (Position papers Federatie Opvang, GGZ Nederland; Tweede kamer, 2015). Een praktische barrière is de vereiste van een verwijzing door de huisarts. Niet iedereen heeft een huisarts; voor sommigen die dat wel hebben is het inschakelen van de huisarts in geval van psychische nood niet

vanzelfsprekend[2]. Twee financiële barrières voor de toegang tot c.q. het inschakelen van de gespecialiseerde GGZ zijn de vereiste van het hebben van een zorgverzekering en het eigen risico. Met name volgens de voorzieningen in en rond de maatschappelijke opvang belemmeren deze barrières voor een groot deel van de mensen die bij hen aankloppen, de toegang tot de gespecialiseerde GGZ (Position paper Federatie Opvang; Tweede kamer, 2015).

In bredere zin wordt gesignaleerd dat het zorgstelsel sterk gefragmenteerd is geraakt, zowel qua aansturing, bekostiging als regelgeving (Position papers GGZ Nederland, Antes, LPGGz, Federatie Opvang, Straatadvocaten Nederland; Tweede kamer, 2015; zie ook Trimbos-instituut, 2013, 2014b). Dat speelt vooral mensen met meervoudige problemen en ondersteuningsbehoeften parten, maar ook professionals. Gesignaleerd wordt dat bij meervoudige ondersteuningsbehoeften 'schotloze', integrale zorg nodig is. In het huidige zorgstelsel is dat erg ingewikkeld geworden. Het vereist regionaal overleg en intensieve samenwerking tussen een reeks van financiers en instellingen. Dat overleg komt maar moeizaam van de grond, zo wordt gesignaleerd (zie ook elders in dit rapport). Individuele belangen zijn niet altijd congruent met het gemeenschappelijke belang. Ondertussen perken een grote en zeer gedetailleerde verantwoordingsdruk de vrije regelruimte voor instellingen en professionals verder in.

Maatschappelijke risicofactoren

Bij de gesignaleerde maatschappelijke risicofactoren gaat het in hoofdlijnen om de risico's van hoger wordende eisen aan individuen vanuit de samenleving, gepaard gaand met enerzijds een verminderde toegankelijkheid van reguliere domeinen als wonen en werk en anderzijds een verminderde tolerantie voor diegenen die niet mee kunnen komen of voor afwijkend gedrag (zie o.a. Position papers LPGGz, Federatie Opvang, Straatadvocaten Nederland, GGZ Nederland; Tweede kamer, 2015).

Concreet speelt met name ook een verslechtering van inkomensposities een belangrijke rol, zo luidt het. Het aantal bijstandsuitkeringen en het aantal mensen dat onder de armoedegrens leeft, stijgt al enkele jaren[3]. Daarbij laat onderzoek van het Nivel laat zien dat het besteedbaar inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking in de periode 2010-2013 sterker is gedaald dan dat van de algemene bevolking. Steeds meer mensen met een chronische ziekte of beperking teren in op spaargelden of maken schulden, zo signaleert het Nivel (Nivel, 2014a)[4]. Gesignaleerd wordt ook dat drempels voor toegang tot de arbeidsmarkt hoger worden en mogelijkheden voor ondersteuning bij werk minder worden[5]. Verder wordt als een van de belangrijkste knelpunten het grote gebrek aan betaalbare 1- en 2-kamerwoningen genoemd[6].

Tegelijk worden vermoedens geuit van een verminderde maatschappelijke tolerantie en van een cultuur van risicomijding. Gesignaleerd wordt dat ook deze factoren mogelijkerwijs een rol spelen, niet alleen bij bovengenoemde signalen over verwarde personen, maar ook bij de stijging van het aantal dwangopnames in de GGZ in het afgelopen decennium (een groei van 20% tussen 2003 en 2013; Broer e.a., 2015).

Oplossingsrichtingen

Geopperde oplossingsrichtingen voor bovengenoemde risicofactoren en knelpunten gaan voor wat betreft de crisiszorg en crisispreventie in de richting van een betere afstemming in de (crisis)keten, het vastleggen en concretiseren van verantwoordelijkheden, verplichtende afspraken voor financiers en zorgverleners en een eenduidige regievoerder (GGD / gemeente). Gepleit wordt ook voor shared savings constructies en

2 Overigens signaleren zowel het Nivel als de Landelijke Huisartsenverenging wel een forse toename van het aantal patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk. Gegeven het relatief beperkte aantal consulten (drie consulten op jaarbasis, merendeels korte standaard-consulten en telefonische consulten) en gegeven het feit dat verreweg het grootste deel van deze consulten nog steeds wordt gedaan door de huisarts zelf (in plaats van door de POH) lijkt de poortwachters- c.q. verwijsfunctie van de huisarts hier een belangrijke rol bij te spelen (Nivel, 2015b; Landelijke Huisartsenvereniging 2014, 2015).

3 Volgens Divosa is het totaal aantal bijstandsuitkeringen in de periode 2008-2013 met 36% gestegen (van bijna 263.000 tot bijna 359.000). Ramingen van het CPB komen uit op een voortgezette groei in 2014 en 2015 (Divosa, 2014a, 2014b). Het Armoedesignalement van het CBS laat zien dat het aantal huishoudens en personen onder de armoedegrens in de periode 2010-2013 is toegenomen. Ook de langdurige armoede liep in 2013 op. Met name woonkosten vormen voor huishoudens met een laag inkomen volgens betrokkenen een zware last (CBS, 2014).

4 In de Monitor OGGZ G4 van USER wordt gesignaleerd dat sinds 2009 het aantal uitgesproken schuldsaneringen stijgt (USER, 2014).

5 Divosa signaleert dat het participatiebudget in de periode 2009-2014 met bijna twee derde is gedaald en dat als gevolg van de gelijktijdige stijging van het aantal bijstandsuitkeringen, de sociale diensten steeds meer de focus leggen op de mensen met een relatief korte afstand tot de arbeidsmarkt (Divosa, 2014b, 2014c).

6 De corporatiemonitor van Aedes laat zien dat het aantal vonnissen tot huisuitzetting in de periode 2006-2014 met 25% is toegenomen (al is het aantal gevallen waarin daadwerkelijk tot huisuitzetting wordt overgegaan juist gedaald). De corporatiemonitor laat ook zien dat oorzaken van (vonnissen tot) huisuitzetting in 85% van de gevallen een huurachterstand betreft (in 4% van de gevallen gaat het om overlast) (Aedes, 2015).

voor lumpsum financiering voor de acute GGZ. Concreet worden voorstellen gedaan voor het organiseren van adequate opvanglocaties en time-outvoorzieningen, 24-uurs bereikbaarheid van meldpunten overlast en voor de financiering van psychiatrisch-maatschappelijke hulp vanuit de gemeente (nadrukkelijker oppakken van de OGGZ-functie). Verwezen wordt naar good practices in Amsterdam – waar in het kader van de spoedeisende GGZ wijk-GGD-ers met gebiedsagenten samenwerken, opvanglocaties zijn gecreëerd buiten het politiebureau en een vervoersdienst is georganiseerd (de 'psycholance') - en Den Haag - waar in een samenwerkingsverband van onder andere GGZ, GGD, politie en justitie de OVP - Opvang Verwarde Personen - is ontwikkeld.

Met betrekking tot het zorgstelsel wordt gepleit voor het toegankelijk maken van de gespecialiseerde GGZ voor onverzekerden, mensen zonder huisarts, zonder vaste woon- of verblijfplaats of met een zeer laag inkomen ('collectieve GGZ). In bredere zin wordt gepleit voor nadrukkelijker landelijke sturing en regie op de totstandkoming van regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en anderen, het creëren van meer vrije regelruimte en improvisatieruimte voor instellingen en professionals en vooral het faciliteren van geïntegreerde zorg voor mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften[7]. Recente plannen voor een 'Nieuwe GGZ' met geïntegreerde GGZ-wijkcentra bouwen daarop voort (Delespaul e.a.; in voorbereiding).

Met betrekking tot de maatschappelijke risicofactoren wordt gepleit voor het op grotere schaal creëren en beschikbaar maken van betaalbare 1- of 2-persoonswoningen, voor het toegankelijker maken van arbeid, onderwijs en andere sociaal-maatschappelijke activiteiten, voor investeringen in adequate ondersteuning daarbij en voor versterking van de inkomenspositie, onder andere van mensen met chronische aandoeningen. Daarnaast wordt nadrukkelijk ook gepleit voor het tegengaan van stigmatisering. Stigmatisering wordt door mensen met ernstige psychische aandoeningen ervaren als één van de belangrijkste belemmeringen voor sociale en maatschappelijke participatie. Het LPGGz signaleert dat de actuele discussie over verwarde personen in dat opzicht eerder een stap achteruit dan een stap vooruit dreigt te betekenen.

Plan van aanpak

Medio 2015 heeft de minister van VWS, naar aanleiding van de signalen over de 'verwarde personen' en in reactie op kamervragen daarover, een Plan van Aanpak opgesteld. Het plan bestaat uit drie onderdelen.
Gemeente moeten voor het eind van 2015 beschikken over een triagevoorziening die zorgt voor snelle toeleiding en ondersteuning.
Alle personen die daarbij in beeld komen, dienen en persoonlijke aanpak te krijgen.
Afspraken worden gemaakt over een 'sluitende keten van verzekerde zorg'.

Het plan van aanpak adresseert hiermee voornamelijk de knelpunten in de crisisopvang en crisispreventie. Nog niet duidelijk is in welke mate in de komende periode ook aandacht wordt besteed aan de gesignaleerde knelpunten in het zorgstelsel en aan de maatschappelijke risicofactoren (zie ook het Plan van aanpak van het inmiddels ingestelde *Aanjaagteam verwarde personen*, 2015).

De bevindingen in bovenstaande analyse roepen ondertussen vragen op over de geschiktheid van de term 'verwarde personen' als aangrijpingspunt voor beleid. De analyse heeft laten zien dat het begrip daarvoor feitelijk te diffuus is. Tegelijk blijkt de term in de media en in de beleidsontwikkeling aanleiding te geven tot een 'framing' van 'verwarde of overspannen personen' naar 'psychiatrische patiënten' en van 'meldingen of incidenten' naar 'overlast/gevaar'. Die framing is suggestief maar hardnekkig en draagt bij aan stigmatisering. Minder schadelijk en effectiever lijkt het om in het vervolg van het gebruik van de term 'verwarde personen' af te zien en in plaats daarvan de gesignaleerde maatschappelijke risicofactoren en de afzonderlijke knelpunten in het zorgstelsel, als aangrijpingspunten te hanteren voor het 'aanjagen' van verbeteringen.

7 In recent onderzoek naar de acute GGZ geven crisisdiensten aan dat zij weinig crises zien onder chronische GGZ-cliënten die in zorg zijn bij - integraal werkende - ACT- of FACT-teams (SiRM 2015).

Referenties

Aanjaagteam langer zelfstandig wonen. *Voortgangsrapportage*. 2015.

Aanjaagteam verwarde personen. *Aandacht voor verwardheid, op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak.* 2015.

Aedes. *Corporatiemonitor. Huisuitzettingen en huurachterstanden*. 2015.

Andersson Elffers Felix. *Objectief verdeelmodel Wmo 2015*. Utrecht, 2015a.

Andersson Elffers Felix. *Evaluatie inkoop Wmo 2015 in 2014*. Utrecht, 2015b.

AVI-cliëntenmonitor. *Zorg naar gemeenten: Weet u waar u aan toe bent? Tweede onderzoek naar belevingen en ervaringen van cliënten, familie en mantelzorgers gedurende de overgang van AWBZ zorg naar gemeenten. Thema informatievoorziening*. 2015.

Baan, C. H. Drewes, R. Heijink, H. van Oers, J. Struijs. Op weg naar populatiemanagement: een regionale aanpak voor integratie van preventie, zorg en welzijn. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 92 (2014), 6, pagina 211-212.

BMC. *Factsheet: Monitor hervorming van de langdurige zorg 2015*. Eindhoven, 2014.

Broer, J., Koetsier, H., Mulder, C.L. *Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.* Tijdschrift voor Psychiatrie 57, Onlinepublicatie Feb 2015, 1-8.

BVI stuurkubus. *Politieregistratie Incidenten*. 2015.

CCAF. www.ccaf.nl

Centraal Bureau voor de *Statistiek. Stijging aantal Daklozen lijkt voorbij*. CBS Webmagazine, woensdag 4 maart 2015. www.statline.nl. Statistiek daklozen.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Armoedesignalement 2014*. Den Haag/Heerlen, 2014.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Veiligheidsmonitor 2014*. Den Haag/Heerlen, 2015a.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Monitor Langdurige GGZ*. Den Haag/Heerlen, 2015b.

Centraal Planbureau. *Betere zorg. Betaalbare zorg. Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg. CPB Policy brief 2015/12*. Den Haag, 2015.

Centraal Planbureau, Sociaal Cultureel Planbureau. *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag, 2015.

Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Lagere Overheden (Coelo). *Gemeentelijk uitvoering van de Wmo 2008 – 2012*. Groningen, 2014.

Commissie toekomst beschermd wonen. *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. 2015.

DBC-Onderhoud. *Data-set DBC GGZ 2009-2013*. 2015.

Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55 (2013) 6, p. 427-437.

Delespaul, P., M. Milo, W. Boevink, J. van Os. *GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie*. Amsterdam, Diagnosis Uitgevers; in voorbereiding.

Divosa. *Divosa-Monitor factsheet: In- en uitstroom uit de bijstand 2013*. Utrecht 2014a.

Divosa. *Divosa-Monitor factsheet: Bijstands- en participatiebudget 2013*. Utrecht 2014b.

Divosa. *Divosa-Monitor. factsheet: Implementatie van de Participatiewet*. Utrecht, 2014c.

Divosa. *Werkwijzer re-integratie van klanten met psychische aandoeningen*. Utrecht, 2014d.

Divosa, Movisie. *Divosa-Movisie factsheet: Werk en inkomen in sociale (wijk)teams*. Utrecht, 2014.

Divosa, BMC, Stimulanz. *Divosa-monitor 2014. De Grote Verbouwing. Jaarrapportage Divosa Benchmark*. Utrecht, 2014.

DSP-groep. *Politie en 'verwarde personen' Onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag*. Amsterdam, 2014.

Economist Intelligence Unit. *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: a comparsion of 30 european countries. OECD-rapport. The Netherlands country report*. London, 2014.

Fact Nederland. *Fact Manifest*. 2015.

Federatie Opvang. *Verwarde personen in de maatschappelijke opvang*. Brief aan het Ministerie van VWS d.d. 7 april 2015.

GGD / GHOR Nederland. *Factsheet Inventarisatie Meldpunten OGGZ*. Utrecht, 2015.

GGZ Nederland. *Monitor voortgang Wmo. Uitkomsten vierde meting, september 2014*. Amersfoort, 2014.

GGZ Nederland. *Monitor voortgang Wmo. Uitkomsten vijfde meting, januari 2015*. Amersfoort, 2015a.

GGZ Nederland. *Programma Transitie Langdurige GGZ. Overzicht inventarisatie innovaties*. Amersfoort, 2015b.

GGZ Nederland. *Programma Transitie Langdurige GGZ. Samenvatting inventarisatie innovaties langdurige GGZ*. Amersfoort, 2015c.

GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang. *Notitie HLZ GGZ*. Amersfoort, 2015a.

GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang. *Programma Transitie Langdurige GGZ. Programmaplan 'Transformatie door innovatie'*. Amersfoort, 2015b.

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. *Uitkomstbekostiging in de zorg. Een (on)begaanbare weg?* Rotterdam, 2015.

Kenniscentrum Phrenos. *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie*. Utrecht, 2013.

KPMG Plexus. *Monitor generalistische basis-GGZ. Periode jan 2011 – december 2014*. 2015.

Landelijke Huisartsenvereniging: *Uitkomsten huisartsenpeiling GGZ 2014*.

Landelijke Huisartsenvereniging: *Uitkomsten huisartsenpeiling GGZ 2015*.

Landelijk Platform GGZ. *Meldactie Ambulantisering.* Utrecht, 2015a.

Landelijk Platform GGZ. *Startnotitie regionale agenda langdurende GGZ en OGGZ*. Utrecht, 2015b.

Ministerie van Veiligheid en Justitie. *Dienst Justitiële Inrichtingen. Forensische zorg in getal 2009- 2013*. Den Haag, 2014.

Ministerie van VWS. *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014*. Den Haag, 2012.

Ministerie van VWS. *Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Den Haag, 2013.

Ministerie van VWS. *Rijksbegroting 2015*. Den Haag, 2014.

Ministerie van VWS. *Signalen toename verwarde personen*. Brief aan de Tweede kamer d.d. 27 maart 2015.

Ministerie van VWS. *Acute GGZ*. Brief aan de Tweede kamer d.d. 7 mei 2015.

Ministerie van VWS. *Participatie en psychische aandoeningen*. Brief aan de Tweede kamer d.d. 7 mei 2015.

Ministerie van VWS. *Plan van aanpak problematiek rond verwarde personen*. Brief aan de Tweede kamer d.d. 30 juni 2015.

Movisie. *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht. State of the art najaar 2014*. Utrecht, 2015.

Nivel. *Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking*. Utrecht. Nivel, 2015a.

Nivel. *Factsheet. Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistratiegegevens van 2010-2014*. Utrecht, 2015b.

NZA. *Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt 2014. Weergave van de markt 2010-2014*. Utrecht, 2014.

NZA. *Monitor Zorginkoop*. Utrecht, 2014a.

NZA. *Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2014*. Utrecht, 2014b.

OECD. *Mental health and work*. Netherlands. 2015.

Platform 31, BMC, Universiteit Twente. *De vormgeving van sociale (wijk)teams*. Den Haag, Amersfoort, Enschedé, 2014.

Projectgroep Plan van aanpak EPA. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, Kenniscentrum Phrenos, 2014.

RIVM. L*andelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen*. Bilthoven 2014.

RIVM. *Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen*. Bilthoven, 2015.

SiRM. *Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag, 2015.

Tangram. *Medisch noodzakelijke opname in de GGZ. Over behandeling, verblijf, wonen en werken*. Elst, 2015.

Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht. *Naar volwaardig burgerschap in de wijk. Aanpak voor mensen met een ernstige psychische aandoening in de regio Midden Westelijk Utrecht*. Utrecht, 2015a.

Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht. *Volwaardig burgerschap en psychiatrie*. Utrecht, 2015b.

Tilburg University, Tranzo. *Monitor Sociaal Kwetsbare Groepen*. Tilburg, 2015.

Trimbos-instituut. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht, 2010.

Trimbos-instituut. *Trendrapportage GGZ 2011. Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een vergelijking van nationaal beleid en zorgstelsels in Nederland, Engeland en Denemarken*. Utrecht, 2011.

Trimbos-instituut. *Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ*. Utrecht, 2012.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering. Themarapport Trendrapportage GGZ*. Utrecht, 2013.

Trimbos-instituut. *Landelijke Monitor Intramurale GGZ – Tweede meting*. Utrecht, 2014a.

Trimbos-instituut. *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht, 2014b.

Trimbos-instituut. *GGZ in tabellen 2013 – 2014*. Utrecht, 2014c.

Trimbos-instituut. *Monitor Stedelijk Kompas 2013*. Utrecht, 2014d.

Trimbos-instituut. *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte GGZ-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland*. Utrecht, 2015a.

Trimbos-instituut. *Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factsheet ten behoeve het ronde tafelgesprek GGZ van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, 18 mei 2015*. Utrecht, 2015b.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda 20015-2018*. Utrecht, 2015c.

Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos. *De behoefte aan woningen voor geëxtramuraliseerde GGZ-cliënten. Een quick scan naar de consequenties van ambulantisering*. Utrecht, 2012.

Trimbos-instituut en CCAF. *Rapportage CCAF-analyses Flexible ACT 2009-2014*. Utrecht, Woerden. In voorbereiding.

Tweede Kamer. *Position papers rondetafelgesprek over de GGZ, d.d. 18 mei 2015*. Den Haag, 2015.

USER – Urban Social Exclusion Research. *Monitor OGGZ G4*. 2014.

Van Hoof, F. A. Knispel, J. Aagaard, J. Schneider, C. Beeley, R. Keet, and M. van Putten. The role of national policies and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis. *Journal of mental health* Online: 1–6 - 2015. DOI: 10.3109/09638237.2015.1036973

Van Vugt, M. *Assertive community treatment in Nederland. Proefschrift.* Amsterdam, 2015.

Vektis. *Zorgthermometer. Transparantie in de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist, 2015.

VNG, KING. *Indicatoren gemeentelijke monitor sociaal domein*. Den Haag, 2014.

Winter, H. *Bestuurlijke organisatie en geschilbeslechting in het sociaal domein*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 2015.

Zorginstituut Nederland. *Afwegingskader toegang Wet Langdurige Zorg*. Diemen, 2015.

Zorginstituut Nederland. www.zorgcijfersdatabank.nl.

Zorgmarktadvies. *Vergelijken zorgverzekeraars op kwaliteit GGZ-inkoop. Prioritaire thema's en inkoopvergelijkingscriteria vanuit cliëntenperspectief*. 2015.

Zorgverzekeraars Nederland. *Rapportage EPA-vignettenstudie*. Zeist, 2014.

Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCAF	Centrum Certificering ACT en FACT
CPB	Centraal Planbureau
DBBC	Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPZ	Forensisch Psychiatrische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IHT	Intensive Home Treatment
LMA	Landelijke Monitor Ambulantisering
LPGGz	Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PIT	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RACT	Resource Assertive Community Treatment
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIP	Vroege Interventie Psychose
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPT	Volledig Pakket Thuis
VV	Voortgezet verblijf
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Trimbos instituut



De geestelijke gezondheidszorg ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het eerste meetjaar van de monitor.

www.trimbos.nl